

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

156

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 février 1896, à 1 heure

Par JEAN BOURDIEU

Né à L'herne (Haute-Garonne), le 17 août 1844

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS PULMONAIRE

(DILATATION DES BRONCHES)

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
MARIE, BONNAIRE, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1896

156

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

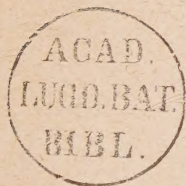
Présentée et soutenue le jeudi 13 février 1896, à 1 heure

Par JEAN BOURDIEU

Né à L'herne (Haute-Garonne), le 17 août 1844

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS PULMONAIRE

(DILATATION DES BRONCHES)



Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : MM. { PANAS, professeur.
MARIE, BONNAIRE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHANTEMESSE	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHARRIN	LETULLE	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	MARFAN	ROGER	
DELBET			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
SYPHILIS PULMONAIRE
(*Dilatation des bronches*)

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études hospitalières, alors que nous avions l'honneur de suivre le service de notre savant maître, M. Lancereaux, nous avons eu l'occasion de recueillir une observation de syphilose pulmonaire, qui, par ses caractères anatomiques, différait sensiblement des données classiques. Il s'agissait d'un homme, qui trente-trois ans auparavant, avait été atteint de syphilis. Durant les dix années qui ont précédé sa mort, il avait présenté les signes ordinaires de l'asthme, de la bronchite chronique, puis de la dilatation des bronches. A l'autopsie, il nous fut donné d'observer les lésions pulmonaires

suivantes : une altération scléro-gommeuse *généralisée* de tous les tuyaux bronchiques, avec dilatation de ces conduits. Les désordres bronchiques dominaient sur les autres altérations pulmonaires, consistant simplement en un épaississement de toute la trame conjonctive péri-lobulaire, péri-alvéolaire et péri-bronchique. L'étude macroscopique montrait d'une façon évidente que cette dernière lésion du parenchyme pulmonaire était secondaire, toute d'emprunt. Notre observation n'est pas seulement importante par ce premier fait, elle est encore curieuse par une lésion accessoire, la calcification des gomme pariétales bronchiques.

A quelle forme décrite, fallait-il rapporter notre observation ? Il nous suffira, pour montrer les difficultés que nous avons éprouvées dans cette recherche, de citer la description donnée par M. Marfan dans son bel article de la syphilis pulmonaire, de la sclérose pulmonaire de la syphilis acquise. On peut observer, dit ce savant auteur, la sclérose à deux âges différents. Lorsqu'elle n'est pas trop ancienne, on trouve des portions du poumon d'une couleur gris-bleuâtre ou ardoisé, dures, élastiques, plus lourdes que l'eau, imperméables à l'air. Quand on pratique une coupe, on voit le tissu morbide s'étendre plus ou moins loin ; quelquefois il forme un manchon dur et résistant autour d'une petite bronche. Plus tard, le parenchyme syphilomateux est rétréci, ratatiné, atrophié ; il en résulte à la surface des poumons des dépressions plus ou moins irrégulières,

formant des cicatrices sous forme d'étoiles ou de brides. Comme le foie syphilitique, le poumon apparaît labouré de sillons profonds, comblés par du tissu fibreux, tantôt blanc grisâtre, tantôt noirâtre ou pigmenté. Les bronchioles apparaissent alternativement rétrécies et dilatées. La plèvre participe habituellement au processus; on peut observer une pleurésie chronique avec épanchement; plus souvent les deux feuillets sont adhérents, épais et sillonnés de bandes fibreuses. Parlant de la dilatation des bronches, M. Marfan ajoute: la cirrhose syphilitique affectant le type d'une sclérose broncho-pulmonaire, on doit s'attendre à la voir s'accompagner de dilatations bronchiques; c'est ce qui a lieu en effet.

Notre observation, si on se reporte à ce que nous avons dit plus haut, ne cadrerait donc pas avec cette description, puisque dans notre fait la cirrhose est peu accusée, tandis que, au contraire, la lésion bronchique est dominante: elle n'est donc pas la conséquence de la première. A côté de la syphilis parenchymateuse se traduisant par la gomme, la pneumonie blanche, la sclérose, il y a donc lieu de considérer une syphilis bronchique, uniquement bronchique (au début du moins), qui peut aboutir à la dilatation généralisée de tout le système des voies conductrices de l'air aux alvéoles pulmonaires. La syphilis a dans l'espèce la même influence que les microbes pyogènes de la bronchite vulgaire qui, après avoir détruit tout l'appareil de résistance des tuyaux bronchiques, en provoque la dilatation. Nous

n'avons trouvé, à rapprocher de notre observation, que les faits rapportés par MM. Balzer et Grandhomme; mais peut-être ne faut-il accuser que le peu d'étendue de nos connaissances. Aussi avons-nous été obligé, pour appuyer notre cas, de recueillir des observations où la dilatation bronchique est partielle.

Avant de commencer notre modeste travail, pour lequel nous demandons toute l'indulgence de nos juges, qu'il nous soit permis de remercier nos savants maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux.

M. Lancereaux nous a prodigué une amitié qui nous est précieuse et autorisé à prendre l'observation qui constitue la base et la seule partie originale de notre thèse : qu'il reçoive ici l'expression de notre plus profonde gratitude. Nous n'oublierons jamais ses savants conseils.

Nous adressons notre plus vif témoignage de reconnaissance à M. le professeur Duplaix, notre premier maître, M. Régnier, qui n'a cessé de nous prodiguer ses leçons, MM. Charrin, Duguet, dont nous avons été l'élève.

Que M. le professeur Raymond, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, soit assuré de nos plus profonds sentiments de reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention d'exposer dans ce chapitre l'histoire entière de la syphilis pulmonaire. Nous nous contenterons de citer les auteurs qui ont signalé les premiers la syphilose pulmonaire, nous attachant à exposer les travaux de ceux qui ont séparé de l'ensemble le type morbide que nous étudions, la syphilis des voies aériennes intra-pulmonaires, des ramifications bronchiques. La localisation des altérations sur les tuyaux bronchiques est ici primitive et domine l'évolution, la sclérose interstitielle, parenchymateuse, est d'emprunt, secondaire.

Les lésions spécifiques des poumons furent à peine soupçonnées par les premiers syphiligraphes. Ambroise Paré, en son seizième livre, traitant de la grosse vérole, s'exprime ainsi au sujet des diverses affections qui sont le résultat de cette maladie :
« Autres demeurent asthmatiques et hectiques, avec

fièvre lente, et meurent tabides et desséchés. Mais on se tromperait fort, comme le dit M. le professeur Fournier, si, sur la foi des mots, on regardait ces dénominations comme représentant dans les siècles passés quelque chose de nettement défini; ce n'étaient là que des dénominations vagues, sur le compte desquelles on était loin de s'entendre.

Dès le xvi^e siècle, on soupçonna que la syphilis pouvait attaquer les viscères, et en certains cas, produire la consommation pulmonaire vénérienne.

Plus tard Schroeder, Brambilla, Baglivi, Hoffmann, Stoll, Frank, acceptent l'influence de la vérole sur le p^{ou}mon.

Astruc, au xviii^e siècle, décrit la phtisie vérolique, Swédiaur observe des vomiques vénériennes accompagnées de cachexie; Bell, Portal, Petit-Rudel, donnent des travaux sur la phtisie syphilitique.

Mais, tandis que Portal et Morgagni admettaient l'existence d'une phtisie pulmonaire spécifique, Bayle la mettait en doute et Laënnec et Andral la rejetaient complètement.

Encore tous ces auteurs désignent-ils sous ce nom les affections les plus diverses.

Tantôt la vérole est accusée de dégâts imaginaires, tantôt la tuberculose est méconnue. Effrayés par les troubles graves engendrés par la syphilis, les historiens lui attribuent bénévolement les désordres les plus dramatiques.

C'est seulement au xix^e siècle, et même, pourrait-on dire sans exagération, dans la seconde moitié du

xix^e siècle; dans la période contemporaine, que la syphilis pulmonaire est étudiée scientifiquement. En France, les travaux sont nombreux, car l'école française a eu le mérite de débrouiller le terrain et d'ouvrir une voie rationnelle et clinique avec Depaul et Ricord. A côté d'eux, nous devons citer les noms de Lagneau, Gintrac, Lacaze, Landrieux, et surtout Lancereaux qui n'a cessé depuis 1864 de donner des travaux sur la question. Puis viennent les découvertes et les descriptions remarquables de MM. le professeur Fournier, de Mauriac, de Cornil et Ranvier, de Jullien. Des thèses sont écrites sur le sujet, des leçons sont faites par des professeurs éminents : Carlier, Jacquin, Roubleff, Potain, Dieulafoy, Mauriac, apportent des observations nouvelles, précisent et complètent les descriptions antérieures, essayent de délimiter exactement le cadre de l'affection, d'en fixer le si subtil diagnostic (Vires).

A l'étranger, les localisations de la vérole sur le poulmon suscitent des recherches aussi vives que dans notre pays. En Angleterre, nous trouvons les noms de Robinson, de Mac Swinen, Aufrecht; en Amérique, ceux de Hénops et de Stéfani; en Italie, ceux de Vecchi, Gamberini, Colomiatti; en Allemagne, ceux de Hertz, Pancritius, de Frank, de Hiller.

Cependant, de tous ces travaux ne se dégage pas une opinion unique, une conception nette, précise, à contours définis, d'une entité morbide, complètement et sûrement reconnaissable. Comme le dit

G. Sée, « il est difficile encore aujourd'hui de donner une description didactique de la syphilis du poumon. » La délimitation de la maladie n'est pas aisée. Si, en effet, le germe d'une maladie est trouvé décrit, reconnu et reconnaissable, tout devient simple; ainsi pour la tuberculose. Si le microbe est ignoré comme pour la syphilis, tout reste obscur ou douteux. De là, la résistance de certains médecins à l'introduction de la syphilis pulmonaire dans le cadre pathologique spécifique. Ces médecins réfractaires sont fort mal menés par les médecins enthousiastes. Nous retrouvons, en effet, dans l'histoire de la syphilis pulmonaire, comme pour d'autres affections, les habituelles phases d'engouement consécutives aux non moins habituelles phases de discrédit. Nos pères chargeaient facilement la vérole; ils en faisaient une boîte de Pandore, d'où s'échappaient presque tous les maux. Nos contemporains n'y croient qu'à demi, au moins quelques-uns, d'autres pas du tout; ces derniers ne conservent la phthisie vénérienne que par acquit de conscience, par déférence traditionnelle (Fournier), prêts à la rayer du cadre nosologique; mais les observations sont probantes et les faits ne manquent pas.

Afin de montrer l'étendue du chemin parcouru de 1866 à 1874 dans la différenciation des variétés anatomiques de la syphilis pulmonaire, il me suffira de reproduire les descriptions de la pneumonie chronique, de la sclérose syphilitique d'une part, de la broncho-pneumonie à prédominance bronchique de

même espèce d'autre part, en les empruntant aux mémoires de notre savant maître M. Lancereaux (1).

Cet auteur (1866), dans son *Traité de la syphilis*, page 422, décrit la pneumonie interstitielle, forme diffuse, de la syphilose pulmonaire de la façon suivante : Le siège de cette pneumonie interstitielle est variable : tantôt elle occupe les lobes supérieurs ou le lobe moyen, tantôt elle reste limitée aux lobes inférieurs, et ainsi il est permis de croire qu'elle peut envahir à peu près indistinctement les différentes parties des poumons, sans acquérir néanmoins une étendue bien considérable. La portion du parenchyme affectée est plus ferme, plus dure, élastique, résistante à la pression, friable, imperméable à l'air, et, par conséquent, non crépitante. Dans un fait, la lésion occupait la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche. A ce niveau, la surface pulmonaire présentait une large dépression avec plis radiés ; le parenchyme était remplacé par un tissu fibreux, ferme, résistant, au sein duquel on apercevait de nombreux points jaunâtres, à surface légèrement grenue, constitués à l'examen microscopique par des noyaux granuleux et de nombreuses granulations moléculaires contenues dans une trame fibreuse. Les bronches qui se rendaient à cette portion du poumon, *pour la plupart dilatées ou rétrécies*, se terminaient, quelques-unes du moins, *par des culs-de-sac ampullaires*.

1. Lire ses savantes leçons recueillies à Lourcine et publiées en 1864 (*Gaz. hebdomadaire*).

Leurs parois opaques, jaunâtres et épaissies, étaient manifestement altérées. Loin d'être rare, cette modification bronchique est plutôt la règle dans les cas dont il s'agit. Ultérieurement, M. Lancereaux est revenu fréquemment sur ce sujet ; mais, c'est dans une clinique, intitulée « la syphilis des voies aériennes » (*Leçon de clinique médicale*, 1874-1891) que ce maître a donné son opinion sur le sujet qui nous intéresse.

Généralement confondue et décrite avec les affections spécifiques des poumons, la syphilis des voies aériennes n'est pas moins indépendante, et par ce fait, elle mérite d'en être séparée. Les lésions syphilitiques des voies aériennes apparaissent au plus tôt à la fin de la deuxième année ou dans le cours de la troisième ; elles peuvent quelquefois s'observer dix et vingt ans après l'accident primitif. Elles se localisent, non seulement à la membrane muqueuse et au tissu sous-jacent, mais encore au perichondre et aux anneaux cartilagineux.

Les désordres de la membrane muqueuse forment des groupes ou îlots limités à un seul point, ou disséminés par différents endroits des voies aériennes, larynx, trachée et bronches. Ils se montrent par des aspects variables qui rappellent ceux de la syphilis tégumentaire, ce sont tantôt des saillies papuleuses ou une infiltration diffuse, sous forme de plaques irrégulières mal délimitées, tantôt des nodosités uniques, isolées ou réunies dans une faible étendue, et parfois disposées circulairement ou en forme de croissant. Len-

ticulaires, fusiformes ou aplaties, les saillies irrégulières ne diffèrent pas sensiblement des nodosités ; les unes et les autres d'abord grisâtres et plus tard jaunâtres, sont d'abord constituées par des éléments lymphoïdes ou conjonctifs embryonnaires, formant des foyers qui s'étendent peu à peu à leur circonférence par l'opposition d'éléments nouveaux. Puis ces éléments se désagrègent et sont résorbés, ou bien par leur destruction, ils produisent des ulcères d'une profondeur variable, intéressant une partie ou la totalité de la membrane. Ces ulcères ont des bords irréguliers, indurés et un fond gris jaunâtre ; ils laissent à leur suite des cicatrices à peine dessinées, arrondies ou étalées, stigmates indélébiles et d'un cachet tout spécial, mais qui n'entraînent pas la déformation du canal aérien.

Les lésions qui affectent primitivement le tissu sous-muqueux se portent de préférence là où le tissu lymphatique est plus abondant. Quel que soit leur siège ces désordres se manifestent tantôt par un gonflement circonscrit, nettement limité et qui peut avoir le volume d'un pois et plus, tantôt par une tuméfaction diffuse, constituée par une agglomération de petites gommès ou nodules indurés, au pourtour desquels la muqueuse s'indure et s'œdématie. Les nodules ainsi groupés ont un volume qui varie de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois, ils sont circonscrits et séparés les uns des autres par un tissu grisâtre, sclérosé.

Au bout d'un certain temps, ils perdent de leur

consistance, subissent la transformation propre aux produits gommeux, se nécrosent, irritent et enflamment les tissus de leur voisinage. La membrane muqueuse, d'abord congestionnée et œdématiée, rougit, se ramollit et finit par être perforée, d'où une solution de continuité, différente des ulcères dont il vient d'être parlé, au fond de laquelle on aperçoit le tissu gommeux, reconnaissable à sa coloration grisâtre ou jaune orange. Résorbé peu à peu, ou éliminé et expectoré, le tissu gommeux disparaît, l'ulcère se déterge, puis des bourgeons charnus apparaissent et il s'organise à sa surface un tissu de cicatrice qui ferme la solution de continuité et laisse à sa place une rétraction avec dépression arrondie, si la gomme est isolée, sous forme de croissant avec des irradiations brillantes multiples et diverses, s'il existe une agglomération de ces produits. Les ulcères, très nets dans les grosses bronches, sont moins faciles à distinguer dans les bronches de deuxième et de troisième ordre qui, par suite de *l'altération des cartilages*, sont tantôt rétrécies ou oblitérées, tantôt dilatées, tandis que dans leur voisinage le parenchyme induré et rétracté, parsemé de tractus fibreux, offre une teinte grisâtre ou jaunâtre due aux granules graisseux qui l'infiltrant. Histologiquement, ces lésions ne diffèrent pas de celles du derme muqueux. Il y a toujours infiltration embryonnaire du tissu conjonctif. Les modifications qui surviennent dans les cartilages, loin d'être toujours la conséquence d'une lésion de

voisinage, sont dans un certain nombre de cas, l'effet de l'action directe du virus syphilitique. Il y a multiplication des cellules cartilagineuses au sein des capsules. Les cellules, provenant de cette multiplication se fusionnent peu à peu, composent des flots qui gagnent le périchondre et finissent par amener l'érosion du cartilage. Puis au lieu de s'organiser, ce tissu cartilagineux ou osseux, comme il arrive parfois, ces éléments se transforment en tissu fibroïde, dont les faisceaux s'ajoutent à ceux du périchondre.

M. Homolle (1883) dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* décrit outre les gomme, une broncho-pneumonie scérogommeuse, caractérisée par la présence autour des bronches de tractus fibreux ou des masses calleuses, ardoisées, très denses, renfermant çà et là des noyaux caséeux, jaunâtres, secs. A cette première forme de broncho-pneumonie, il ajoute la broncho-pneumonie scléreuse, sans nodules caséeux ou gommeux, sous forme de tractus fibreux, de masses dures et pigmentées, accompagnée parfois de bronchectasies, et la broncho-pneumonie chronique desquamative très analogue à la pneumonie blanche des nouveau-nés syphilitiques.

MM. Sée et Talamon (*Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon* 1885) divisent en deux classes les altérations pulmonaires syphilitiques indiscutables trouvées dans le poumon à l'autopsie des syphilitiques : une première classe comprend

des lésions dont la nature syphilitique ne peut être mise en doute, dans une deuxième catégorie se rangent les altérations dont l'origine spécifique est probable, mais non encore absolument démontrée.

Des cas authentiques sont ceux où l'on voit une infiltration scléro-gommeuse, une production syphilitique des parois thoraciques développée primitivement dans le périoste costal ou dans les muscles, envahissant secondairement d'abord la plèvre, puis le poumon, pénétrant dans le parenchyme à une profondeur plus ou moins grande (Birkett).

Une deuxième variété non moins authentique est formée par les gomme volumineuses, bien circonscrites, présentant dans le poumon les caractères spéciaux et bien définis qu'elles offrent dans les autres organes.

Enfin les faits dans lesquels des lésions syphilitiques bien nettes et bien reconnaissables du larynx et de la trachée s'étendent le long des bronches et de leurs plus fines divisions, gagnant ainsi les accini et la trame conjonctive inter-alvéolaire, forment une troisième variété, dont la spécificité n'est pas moins réelle que celle des deux premiers groupes.

Pour MM. Sée et Talamon, les lésions laryngo-trachéales ont un aspect caractéristique, mais les altérations pulmonaires ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans la broncho-pneumonie subaiguë ou chronique avec induration scléreuse : elles n'ont rien de caractéristique que leur existence avec des lésions dont la nature syphilitique est notoire. C'est là une

opinion exagérée que ces auteurs rectifient aussitôt en ajoutant que ces altérations bronchiques pouvaient avoir des caractères spéciaux comme des nodosités disséminées le long des bronches, des gommes dans leur paroi, la dilatation sacciforme ou ampullaire de ces conduits.

La forme de syphilis pulmonaire que nous étudions a été parfaitement décrite par M. le professeur Dieulafoy dans ses leçons publiées en 1889 dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Vidal. C'est le type simulant la sclérose pleuro-broncho-pulmonaire. Dans cette forme, dit le savant professeur, la lésion est constituée par une hypertrophie du tissu conjonctif qui forme le stroma du poumon. Un véritable tissu de sclérose est ainsi répandu et disséminé dans tout le parenchyme. Cette cirrhose pulmonaire syphilitique, qui cliniquement revêt le plus souvent l'aspect de la broncho-pneumonie chronique vulgaire, présente, en général, les altérations anatomiques suivantes :

Dans un lobe du poumon apparaît un bloc gris rougeâtre, dur, criant sous le scalpel, parsemé de bronchectasies ampullaires ou sacciformes, recouvert d'une plèvre très épaissie et avoisinée par des lésions de périostite intercostale.

Parfois le poumon est raviné à sa surface par des sillons qui irradiant à la façon des cicatrices que l'on observe sur le foie des syphilitiques; il est encore segmenté dans sa profondeur par de larges bandes de sclérose ayant l'aspect blanc nacré des tendons.

La lésion peut offrir un mode d'agencement très variable; elle peut être purement scléreuse, sans nodules caséeux ou gommeux apparents.

Elle peut être scléro-gommeuse. On découvre alors sur les bronches et autour d'elles, ou dans le tissu sclérosé péri-lobulaire, des gommes parfois si petites qu'on ne saurait dire alors si ce sont des granulations tuberculeuses ou des gommes microscopiques.

Le processus de cette sclérose pulmonaire et son histogénèse présentent quelques particularités intéressantes.

La lésion débute le plus souvent autour des bronches de moyen calibre, au niveau même du hile, d'où elle semble irradier dans le parenchyme pulmonaire. Le tissu de nouvelle formation forme ainsi un manchon fibreux, parfois chondroïde autour des bronches et des artérioles qui les accompagnent. Il entoure enfin l'alvéole, puis le lobule pulmonaire lui-même, et constitue, par sa répartition, une broncho-pneumonie véritable. La prolifération conjonctive exerce une action déformante sur les bronchioles, qui peuvent être dilatées ou diminuées de volume. Quant aux alvéoles, elles sont tassées les unes contre les autres, et l'épithélium desquamé est gonflé, trouble et souvent en dégénérescence graisseuse. On n'observe presque jamais de pigmentation du tissu, ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas de pneumokoniose.

Au point de vue clinique, M. le professeur Dieu-

lafoy ajoute : si la lésion est difficile à reconnaître pour l'anatomo-pathologiste, elle est plus malaisée encore à dépister pour le clinicien. On diagnostique bien une broncho-pneumonie chronique aux signes que le malade porte depuis des mois, quelquefois même depuis des années; plus tard, si des crachats abondants et fétides apparaissent, en même temps que s'installent des gargouillements et du souffle caverneux, on reconnaît aisément une dilatation des bronches. Ce diagnostic est facilité d'ailleurs par la connaissance des antécédents pulmonaires et par l'absence des bacilles de Koch dans les crachats. Un médecin soucieux des signes d'auscultation arrive donc à poser un diagnostic anatomique précis, et dit : broncho-pneumonie chronique, état fibroïde du poumon, dilatation des bronches. Mais ce qui lui échappe, c'est l'origine de cette pneumopathie : il ne trouve pour l'expliquer, ni rougeole, ni coqueluche, ni diphtérie, ni fièvre typhoïde antérieure, et sans l'apparition d'une lésion spécifique du larynx, de la peau, d'un os, d'un parenchyme, la nature syphilitique de la lésion passerait inaperçue. Cette broncho-pneumonie, dont la marche est en général lente, peut, par exception, procéder par poussées aiguës. Elle est susceptible d'être améliorée rapidement par le traitement anti-syphilitique.

Dans le *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, M. Marfan mentionne que la cirrhose syphilitique affectant le type d'une sclérose broncho-pulmonaire, on doit s'attendre à la voir s'accompagner de dila-

tations bronchiques; c'est ce qui a lieu, en effet.

La syphilose pulmonaire, avec dilatation bronchique, d'origine héréditaire ne comprend actuellement que les travaux de MM. Balzer, Grandhomme et Grawitz.

En 1886, MM. Balzer et Grandhomme étudient dans un mémoire inséré dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, la broncho-pneumonie syphilitique, du fœtus et du nouveau-né. Pour ces auteurs, la pneumonie syphilitique produite comme les autres inflammations par des microbes, rentrent dans le groupe des broncho-pneumonies, au même titre que les pneumonies secondaires des maladies infectieuses à évolution aiguë, comme la rougeole, ou à évolution chronique, comme la tuberculose.

Suivant l'acuité ou l'ancienneté du processus, la syphilis réalise chez le fœtus les principales formes de broncho-pneumonies. Ici, comme pour les broncho-pneumonies des autres maladies infectieuses, la syphilis montre des lésions différant d'aspect suivant le degré d'intensité et de chronicité, et aussi suivant la localisation prédominante sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire. MM. Balzer et Grandhomme distinguent donc :

1° Les broncho-pneumonies récentes ou peu intenses, passagères, congestives, dans lesquelles les lésions ne sont pas apparentes à l'examen microscopique ;

2° Les broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale à la partie postérieure des poumons. Cette variété correspond pour les

lésions à la forme subaiguë de la broncho-pneumonie des autres maladies infectieuses;

3° Les broncho-pneumonies avec hépatisation blanche sans dilatation des bronches, correspondant à la carnisation des autres broncho-pneumonies;

4° Enfin, les broncho-pneumonies avec dilatation des bronches.

Voyons dans chacun de ces groupes, les faits qui nous intéressent, ceux qui expliquent la formation des dilatations bronchiques.

Dans les broncho-pneumonies récentes, les bronches présentent à l'examen microscopique une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de leurs parois, infiltration qui, comme l'a vu M. Daniel Mollière, s'étend aussi aux parois des alvéoles les plus voisines. Il existe une congestion très vive dont témoignent de petites hémorragies intra-bronchiques. Cette congestion avec stase leucocytaire caractérise la première phase de la syphilis pulmonaire congénitale.

Dans les types subaigus, l'envahissement des tuniques de la bronche par les cellules embryonnaires est plus considérable : l'épaisseur de la paroi est doublée ou triplée, et de plus la prédominance des altérations dans le voisinage, reproduit des aspects qui rappellent la péri-bronchite qu'on observe dans les broncho-pneumonies vulgaires. Ce qu'il y a de particulier à la syphilis, c'est l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale, c'est la prédominance des lésions interstitielles, la

tendance à une organisation plus rapide et à la sclérose, enfin l'intensité plus grande du système vasculaire.

Dans les broncho-pneumonies avec dilatation des bronches, on trouve tous les désordres des broncho-pneumonies infectieuses ordinaires : mais la sclérose prend ici un développement plus considérable dans tous les espaces conjonctifs péri-bronchiques et péri-lobulaires, autour des artères et des veines. MM. Balzer et Grandhomme concluent donc que leur observation de dilatation kystique des bronches, tout en complétant la description de la broncho-pneumonie syphilitique du nouveau-né, ne doit pas être considérée comme un fait anormal. Ce qui est rare, disent-ils, c'est de voir, en pareilles circonstances, la bronchectasie atteindre des proportions remarquables; ce qui est rare aussi, c'est de voir la localisation des lésions d'emblée aussi fortement établie sur l'arbre bronchique, alors qu'elles atteignent moins le parenchyme.

Comparant la syphilis pulmonaire du fœtus et la syphilis pulmonaire aux différents âges, ces savants auteurs font remarquer qu'elle prend plus nettement l'aspect broncho-pneumonique chez les enfants qui ont respiré. La distension du poumon rendant les lobules plus distincts, les noyaux de broncho-pneumonie apparaissent plus facilement soit à la surface, soit dans la profondeur du poumon. Mais la lésion offre en somme les mêmes caractères et la même évolution. Les faits de broncho-pneumonies aiguës

syphilitiques chez l'adulte sont possibles (Carlier), mais il faut reconnaître que les cas publiés jusqu'ici sont peut-être discutables et d'ailleurs peu nombreux. C'est plutôt à la période dite tertiaire que la syphilis menace le poumon; or, à ce moment, elle se comporte comme une maladie infectieuse à déterminations chroniques, à foyers inflammatoires disséminés; du côté des voies aériennes, elle produira des laryngites, des trachéo-bronchites, des gommes disséminées dans le poumon. A cette période pourtant, on retrouve encore nettement le processus broncho-pneumonique dans les manifestations pulmonaires de la syphilis. La broncho-pneumonie scléro-gommeuse peut prendre une grande extension, mais il est rare qu'elle affecte l'ensemble de l'appareil broncho-pulmonaire, en raison de la lenteur du développement des noyaux gommeux. Ordinairement ils se développent isolément, avec une certaine indépendance; ils prennent les caractères des inflammations avec dégénérescence caséuse et leurs caractères histologiques ressemblent à ceux des noyaux de tuberculose. La syphilis pulmonaire est à peu près identique aux différents âges. Elle réalise avec des modifications qui lui sont propres, le processus des inflammations broncho-pneumoniques commun à toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, rougeole ou diphthérie, tuberculose ou syphilis.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les pneumopathies syphilitiques ne se produisent guère pendant les premières années de l'infection. Ce sont des manifestations essentiellement tertiaires. On en a vu survenir au bout de dix ans (Mau noir), de vingt-trois (Chvosteih), de treize (Lanceaux).

Il n'y a rien de fixe à cet égard ; mais parmi toutes les autres déterminations viscérales, il n'y en a pas qui se développent à une époque plus reculée. Aussi ne peut-on pas faire pour elles, comme pour les néphropathies, et surtout pour les encéphalopathies syphilitiques, une catégorie de cas appartenant à la phase secondaire de la maladie constitutionnelle. M. Mauriac pourtant signale un cas de syphilose pulmonaire chez un malade qui n'était infecté que depuis un an. M. le professeur Gambérini a rapporté l'observation d'un malade qui, deux mois à peine après l'accident primitif, aurait été atteint

d'une affection pulmonaire à marche rapide, laquelle disparut en quelques semaines sous l'influence du traitement antisypilitique. Ces premières atteintes, souvent légères, ne peuvent-elles pas jouer un rôle dans la détermination ultérieure, profonde, de la syphilis sur le poumon.

La fréquence de la syphilose pulmonaire n'est pas très grande, et on peut même affirmer que, parmi les affections syphilitiques des viscères, celle des poumons occupe le dernier rang. Elle est excessivement rare, beaucoup plus rare que les laryngo-trachéopathies, qui elles-mêmes sont loin d'être communes. Il y a donc, comme le dit M. Mauriac, d'immenses probabilités pour qu'un syphilitique quelconque échappe à la consommation pulmonaire, émanant, bien entendu, directement de la syphilis. Quant aux circonstances susceptibles d'en favoriser l'apparition, elles sont peu connues, banales. Les affections aiguës et chroniques du poumon, telles que bronchite, emphysème, asthme, ne constituent point une prédisposition. Elles sont trop rarement notées dans les antécédents des malades, et, d'ailleurs, si l'on voulait juger de leur influence en les comparant à la tuberculose, on verrait que dans le poumon comme ailleurs la syphilis et la tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre. Elles conservent leur autonomie, sans s'attirer ni se repousser d'une façon évidente, malgré l'analogie et quelquefois l'étroite ressemblance de leurs lésions pulmonaires. Elles ne se combinent jamais assez intimement pour former

des produits morbides hybrides, doués d'une individualité propre, susceptible de se transmettre. Il y a dans leur rencontre un simple fait de juxtaposition. Elles vivent côte à côte, en bonne intelligence et au grand détriment des malades ; mais leurs rapports ne vont jamais jusqu'à créer des formes mixtes spéciales de pneumopathies tuberculo-syphilitiques. Pour les cas, analogues à celui que nous rapportons, ne faut-il pas faire jouer un grand rôle à la bronchite vulgaire qui vient se greffer sur une lésion pariétale pour amener la dilatation des conduits aériens. Ce rôle joué par les microbes pyogènes vulgaires est admis par tous pour expliquer la fétidité, la gangrène et la suppuration au cours de la dilatation bronchique (Lancereaux). M. Balzer, l'un des premiers, leur a fait une large part dans la genèse de l'évolution des lésions bronchiques de la syphilose pulmonaire. En ce qui concerne la forme broncho-pulmonaire chronique, à prédominance bronchique, la syphilis héréditaire ou acquise semble avoir la même puissance nocive pour provoquer l'apparition des désordres anatomiques.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans la forme bronchique de la syphilis pulmonaire, les lésions semblent identiques à celles des voies aériennes supérieures. On trouve un épaississement très notable des parois des bronches : tous les éléments qui constituent ces parois sont détruits et remplacés par un tissu scléro-gommeux. La prédominance des gommès sous la muqueuse semble indiquer que là a débuté la lésion, que là s'est concentré le travail réactionnel devant l'invasion infectieuse. Par analogie, on peut attribuer à cette forme la description donnée par M. Lancereaux, de la syphilis des voies aériennes. Nous verrons qu'elle se rapproche de celle qui a été faite par MM. Balzer et Grandhomme pour la broncho-pneumonie syphilitique héréditaire.

Les lésions se localisent ici, non-seulement à la membrane muqueuse et au tissu sous-jacent, mais encore au périchondre et aux anneaux cartilagineux.

Les désordres de la membrane muqueuse se montrent tantôt sous forme de saillies papuleuses ou une infiltration diffuse, tantôt sous forme de nodosités isolées ou réunies en forme de croissant. Les unes et les autres d'abord grisâtres et plus tard jaunâtres, sont d'abord constituées par des éléments lymphoïdes ou conjonctifs embryonnaires. Au bout d'un certain temps, ces éléments perdent de leur consistance, subissent la transformation propre aux produits gommeux, se nécrosent, irritent et enflamment les tissus du voisinage. La membrane muqueuse, d'abord congestionnée et œdématiée, rougit, se ramollit et finit par être perforée. Tous les tissus sont ainsi détruits et englobés dans le syphilome diffus. Les cellules cartilagineuses prolifèrent, se fusionnent, composent des îlots qui gagnent le périchondre et finissent par amener la destruction du cartilage. Tout autour de ces bronches altérées, le tissu conjonctif est épaissi, scléreux.

De cette description, il nous faut maintenant rapprocher les données fournies par MM. Balzer et Grandhomme. Avant d'arriver à exposer la dilatation bronchique syphilitique, ces savants auteurs ont étudié les étapes diverses que parcourt le processus avant d'aboutir à cette terminaison. Dans la broncho-pneumonie récente, on trouve que les bronches présentent une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de leurs parois, infiltration qui, comme l'a vu M. Daniel Mollière, s'étend aussi aux parois des

alvéoles les plus voisins. Notons en passant que ces altérations des bronchioles et des alvéoles circonvoisins survenant souvent de très bonne heure, établissent une différence entre la syphilis du fœtus et celle de l'adulte. Ainsi que l'a noté M. Brissaud (*Progrès médical*, janvier 1883), l'inflammation plus lente chez celui-ci reste plus longtemps cantonnée autour des vaisseaux et atteint plus tardivement les parois alvéolaires.

Dans la broncho-pneumonie subaiguë, on note l'envahissement des tuniques de la bronche par les cellules embryonnaires; son épaisseur est doublée ou triplée. La prédominance des altérations dans le voisinage reproduit des aspects qui rappellent la péribronchite qu'on observe dans les broncho-pneumonies de diverses provenances. Parfois l'infiltration de cellules embryonnaires est si considérable qu'elle masque les autres éléments de la paroi bronchique. Cette même infiltration se voit en beaucoup de points des parois alvéolaires; là aussi les éléments normaux semblent étouffés par la prolifération des jeunes cellules, surtout dans le voisinage des bronches, de la plèvre et de quelques travées interlobulaires. Le travail inflammatoire est ici avant tout interstitiel. Les lésions intra-alvéolaires sont légères. La description de ces faits diffère donc peu de celle d'une broncho-pneumonie subaiguë. MM. Balzer et Grandhomme ont observé, à la suite de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, des broncho-pneumonies subaiguës dont les lésions ne se distin-

guent pas de celles que l'on constate dans la syphilose pulmonaire. Ce qu'il y a de particulier à la syphilis, c'est l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale, c'est la prédominance des lésions interstitielles, la tendance à une organisation plus rapide et à la sclérose, enfin l'intensité plus grande des lésions du système vasculaire. Cette tendance à l'organisation avait également beaucoup frappé Parrot, qui dit : la prolifération du tissu conjonctif interstitiel est le fait primitif et dominant, l'élément catarrhal est accessoire. Ce qui nous importe donc, c'est qu'on peut rencontrer les divers types de broncho-pneumonie syphilitique correspondant aux types analogues des broncho-pneumonies aiguës et subaiguës des autres maladies infectieuses.

Nous arrivons ainsi à la broncho-pneumonie avec dilatation des bronches. Les cas dans lesquels les lésions se localisent principalement dans les bronches sont plus rares ou tout au moins ont été plus rarement signalés. Leur évolution se rapproche beaucoup des broncho-pneumonies avec dilatation des bronches qui viennent compliquer parfois les maladies infectieuses et qui continuent à évoluer après leur guérison. Les différences tiennent à la localisation primitive, lymphatique, de l'agent morbide, à la faible participation de l'élément épithélial. **Au niveau des parties malades, atteintes de dilatation bronchique, on note les lésions de la broncho-pneumonie chronique avec dilatation des bronches**

et sclérose progressive du parenchyme pulmonaire. En allant des altérations peu accusées vers les parties les plus malades, on constate que le tissu conjonctif péri-vasculaire et péri-bronchique est plus développé, et contient un grand nombre de cellules embryonnaires, rondes et fusiformes. Lorsque les altérations s'accroissent, les bronches intra-lobulaires ne sont pas toujours reconnaissables, et on ne retrouve plus que des vestiges de la paroi bronchique avec l'épithélium caractéristique, qui indiquent que l'on a sous les yeux une bronche dilatée et en grande partie détruite. Ailleurs, il n'existe aucun vestige de la paroi, c'est seulement le vaisseau satellite de la bronche qui fait reconnaître la place qu'elle occupait; elle est remplacée par un vaste espace à bords anfractueux constitués par les alvéoles pulmonaires. Enfin dans certains points, la bronche est seulement dilatée et déformée et l'on peut suivre ainsi les altérations progressives qui commencent par la dilatation et la déformation des bronches, aboutissent en dernier terme à la formation de ces ampoules dont les parois sont formées, partie par les débris des parois bronchiques et partie par les alvéoles péri-bronchiques. Le peu d'intensité des lésions épithéliales montre que le processus est surtout interstitiel, localisé dans la trame conjonctive vasculaire. Nous avons ainsi toutes les phases du travail de destruction de l'appareil de résistance de la bronche : il débute par l'infiltration embryonnaire pour arriver à la gomme, à la sclérose. La

dilatation est un phénomène contingent, lié à la perte du système élastique et cartilagineux de la bronche. Signalons ici le cas de broncho-pneumonie chez un sujet syphilitique, mort dans le service de M. Bouchard à l'hôpital de la Charité (1873) et examiné par M. Cornil. M. Cornil trouva de curieuses altérations des fibres élastiques du poumon. Ces fibres étaient épaisses, réfringentes, vitreuses, rigides fragmentées par des cassures nettes, transversales ou irrégulières : souvent elles étaient dissociées en long (*Manuel d'histologie pathologique*, 2^e édition, t. II, p. 109).

L'histogénèse des lésions bronchiques rentre dans le cadre du tertiarisme. On sait que toutes les lésions tertiaires débutent par les artérioles et les capillaires : il se produit d'abord une congestion intense dans les capillaires avec stase leucocytaire (Willebouchewitch, Balzer, Hudelo). Cet état est bientôt suivi d'altérations de la paroi vasculaire, qui tendent à l'oblitération du vaisseau. Dans les artérioles, la tunique interne et la tunique externe présentent des noyaux en prolifération manifeste; les cellules endothéliales qui constituent la paroi du capillaire se gonflent, prolifèrent, se fusionnent, et les figures histologiques qui résultent de ce processus répondent aux nodules gommeux (follicules syphilitiques de Brissand, nodules lymphoïdes ou épithélioïdes de Malassez) avec ou sans cellules géantes. Ces lésions vasculaires frappent souvent les *vasa vasorum*, ce qui explique les foyers d'artérite qu'on

observe dans les artères d'un calibre assez élevé. Elles sont accompagnées ou suivies d'une infiltration plus ou moins abondante, plus ou moins diffuse, des cellules rondes, dans les tissus péri-vasculaires; cette infiltration a également pour effet de détruire les éléments préexistants. Le siphilome, ainsi formé d'un amas de cellules rondes renfermant dans son sein des nodules de capillarité, va évoluer soit vers la sclérose, soit vers la mortification gommeuse. La différence d'évolution semble dépendre (en partie tout au moins) du degré de l'oblitération vasculaire; là où le sang ne pénètre plus, il y a nécrose gommeuse; là où il pénètre, mais en quantité insuffisante, il y a sclérose (sclérose dystrophique de H. Martin).

La syphilis acquise peut donc, en résumé, comme la syphilis héréditaire du nouveau-né engendrer un processus bronchitique qui aboutit à la dilatation des ramifications bronchiques. Si l'on songe, dit M. Marfan, que les lésions syphilitiques du poumon du nouveau-né peuvent aboutir à la sclérose, si l'on songe que le processus se développe surtout autour des axes artério-bronchiques, et que, par suite, il peut détruire les fibres musculaires de la paroi-bronchique, on concevra aisément qu'il puisse se produire de la dilatation des bronches.

La dilatation bronchique succède à une lésion chronique des bronches.

Par quel mécanisme cette lésion engendre-t-elle la dilatation. Chez le fœtus, on ne peut invoquer le

défaut de résistance des parois bronchiques : chez l'adulte, la genèse de l'ectasie bronchique repose sur deux facteurs principaux : efforts de toux, défaut de résistance des parois bronchiques ; mais les efforts de toux ne peuvent agir d'une manière efficace, que si une cause spéciale a diminué la résistance des parois bronchiques.

Cette cause réside dans les altérations de la paroi bronchique, qui renferme des fibres musculaires et des fibres élastiques qui lui donnent sa tonicité, là surtout où les cartilages bronchiques ne forment plus des anneaux complets. Or, dans les cas que nous étudions, le processus phlegmasique de la bronchite a envahi la couche profonde, détruit les fibres élastiques et les fibres musculaires ; dès lors, la pression de l'air, par l'influence de la toux, va distendre les parois et causer la dilatation bronchique.

Les examens histologiques de Trajanowski, de Cornil, de Charcot, ne laissent aucun doute sur la disparition des fibres musculaires de la paroi bronchique au niveau de la dilatation, et à ce niveau seulement.

En résumé, disparition sous l'influence de la bronchite chronique de la couche des fibres musculaires et élastiques, disparition amenant un défaut de résistance de la paroi aux efforts de toux ; telle est vraisemblablement la pathogénie la plus ordinaire des dilatations bronchiques (Marfan).

Mais, pourquoi la bronchite frappe-t-elle ainsi,

dans certains cas, les couches profondes de la paroi? Pourquoi les laisse-t-elle indemnes dans d'autres?

Les bronchites qui sont suivies de dilatation bronchique, ont-elles quelque chose de spécifique? Dans la syphilis, la localisation sous-épithéliale, profonde, des lésions explique peut-être la dilatation si rapide survenue chez le nouveau-né. Mais, il est une pathogénie qu'on ne peut ici négliger; nous voulons parler de la dilatation bronchique située au-dessus et au-dessous d'un rétrécissement (Rokitansky, Virchow, Dittrich, Lancereaux).

C'est surtout la pression de l'air expiré et inspiré qui engendre l'ectasie. Mais on peut se demander s'il n'y a pas des altérations de la paroi qui facilitent la distension.

CHAPITRE IV

SIGNES.

Les symptômes n'offrent rien de spécial et sont loin d'être toujours identiques ; ce qui s'explique, du reste, par les grandes différences anatomiques que présentent entre elles les pneumopathies syphilitiques. Ils ressemblent beaucoup à ceux des affections pulmonaires les plus communes, à ceux des broncho-pneumonies par exemple, et surtout à ceux de la tuberculose pulmonaire. Parfois il font complètement défaut, et on trouve à l'autopsie des altérations gommeuses et scléreuses qu'aucun trouble fonctionnel n'avait révélées pendant la vie. Dans la plupart des cas, on n'arrive à soupçonner la nature spécifique de la pneumopathie, que parce qu'il existe ailleurs, soit dans d'autres parties des voies respiratoires, soit sur des tissus ou organes éloignés des lésions tertiaires absolument indéniables (Mauriac).

Passons d'abord en revue les troubles fonctionnels et les signes physiques sans nous préoccuper

des formes de la pneumopathie à laquelle ils appartiennent. Nous examinerons ensuite si leur groupement peut permettre d'établir des formes cliniques dans la syphilose pulmonaire. (Mauriac, Marsen).

1. Troubles fonctionnels. — La dyspnée est un des plus importants. Il est probable qu'elle ne se produit qu'assez tard après le début des lésions, parce que celles-ci n'apparaissent pas toutes en même temps et qu'elles sont tout à la fois successives et progressives. Mais il arrive fatalement une époque où le champ de l'hématose est très diminué. Aussi trouve-t-on la gêne de la respiration signalée dans presque toutes les observations. Les malades respirent difficilement, ils sont oppressés quand ils marchent vite, font un effort, montent un escalier. Mais ils n'ont pas de crises de suffocation, ni de cornage comme dans les laryngo-trachéo-bronchopathies. Ce qu'il y a de plus particulier dans ces phénomènes dyspnéiques, qui présentent quelquefois un redoublement le soir et s'élèvent rarement jusqu'à l'orthopnée, c'est qu'ils ne s'expliquent point par des lésions accessibles à l'oreille et au doigt. Il y a désaccords entre eux et les phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques (paradoxe anatomique et symptomatique).

Aussi a-t-on supposé qu'ils résultaient probablement d'une adénopathie bronchique, ou d'une gomme comprimant quelques-uns des gros tuyaux aériens. Ne s'explique-t-elle pas suffisamment par

l'aplatissement des alvéoles et la dégénérescence secondaire de l'épithélium alvéolaire (Mauriac).

La *toux* manque rarement ; elle est presque toujours sèche, au début, petite et quinteuse ; puis elle devient humide, et s'accompagne d'une expectoration muqueuse, muco-purulente ou franchement purulente. Les crachats ne présentent, que dans des cas exceptionnels, certains caractères pathognomoniques qui permettent, jusqu'à un certain point, de diagnostiquer la nature et la forme de la pneumopathie.

Nous y reviendrons tout à l'heure.

Les hémoptysies sont beaucoup plus rares dans la syphilose que dans la tuberculose du poumon. Les hémoptysies abondantes sont tout à fait exceptionnelles. Cependant une malade de M. Lancereaux disait avoir rendu par expectoration plus d'un litre de sang dans les vingt-quatre heures. Un autre malade, dont l'histoire est rapportée par M. Carlier, en avait rendu deux verres dans une seule hémoptysie.

Il est tout naturel que l'évacuation d'une gomme s'accompagne de quelques filets de sang. En général, les hémoptysies sont fréquentes, mais peu abondantes (Thompson, Fournier). C'est un symptôme très variable, comme du reste tous les autres, la dyspnée, la toux, l'expectoration, etc.

On en peut dire autant du point de côté qu'on trouve noté dans un grand nombre de syphiloses pulmonaires. En général, il est modéré, mais parfois il acquiert une grande intensité. Chez un malade de

M. Carlier, il est question de douleurs excessivement vives, qui, de la région précordiale, se répandaient dans toute la moitié gauche de la cavité thoracique. Elles étaient accompagnées de vertiges et de phénomènes cérébraux plus graves qui firent penser à une congestion ou à une compression du pneumogastrique au niveau du bulbe (?).

2° *Signes physiques.* — La percussion fait constater une matité ou une submatité dans une étendue plus ou moins considérable du poumon. Elle est presque toujours localisée ou du moins beaucoup plus prononcée sur certains points qui sont le foyer principal des syphilomes pulmonaires, leur siège de prédilection. Ces points correspondent à la partie moyenne des deux poumons, principalement du droit, c'est-à-dire à l'épine de l'omoplate en arrière, et à la troisième côte en avant. Au niveau des grosses gommes ramollies et qui ont évacué leur contenu, il ne serait pas impossible de trouver de la sonorité et même un bruit de pot félé, si elles étaient superficielles.

Par la palpation, on constate souvent une augmentation des vibrations thoraciques à cause de la densité du tissu pulmonaire, sclérosé, qui les transmet mieux en les exagérant. A l'auscultation, on ne perçoit quelquefois qu'une diminution notable du murmure respiratoire, dans une étendue plus ou moins considérable des deux poumons, ou bien d'un seul, particulièrement du côté droit.

Presque toujours à cette diminution du murmure respiratoire s'ajoute bientôt une respiration rude aux deux temps et puis un souffle tubaire.

Ce n'est pas tout, il existe aussi des bruits bronchiques, des râles crépitants, fins et secs, ou bien des gros râles humides, un peu disséminés partout. Ces caractères morbides de la respiration sont vagues et diffus dans le principe. Mais, à mesure que l'affection vieillit, et en même temps qu'ils s'accroissent, ils se circonscrivent et forment un ou plusieurs foyers très distincts, où l'on trouve tout à la fois une diminution de la sonorité thoracique, du souffle bronchique, de la bronchophonie et des râles bullaires plus ou moins gros. Ces foyers s'observent ordinairement dans la région moyenne des poumons, plus rarement à leur base, presque jamais à leur sommet.

L'épine du scapulum, la troisième et la quatrième côte, sont les points des parois thoraciques qui leur correspondent et où on a le plus de chance de les découvrir et de percevoir à leur maximum les signes physiques qui leur appartiennent.

A la base, il est difficile de les circonscrire, parce qu'ils se confondent avec les signes des pleuropathies secondaires, constituées par des fausses membranes ou des épanchements légers qui compliquent la plupart du temps les pneumopathies spécifiques.

A un degré plus avancé du processus syphilitique broncho-pulmonaire, dans la période de ramollissement et d'évacuation des syphilomes circonscrits.

qui occupent les ganglions bronchiques ou le parenchyme du poumon, les phénomènes stéthoscopiques changent. Ils deviennent cavitaires. Le souffle bronchique est remplacé par un souffle caverneux, la bronchophonie par de la pectoriloquie, les gros râles par du gargouillement.

En pareil cas, le foyer morbide est encore plus circonscrit dans une région déterminée et sur une surface égale à une pièce de 2 ou 5 francs. Autour ou sur d'autres points plus ou moins éloignés, on trouve des bruits anormaux qui traduisent un degré plus ou moins prononcé d'imperméabilité pulmonaire.

Au milieu de ces bruits diffus, s'accroissent çà et là quelques souffles tubaires ou cavernuleux, rapprochés ou lointains, qui font soupçonner l'existence d'une caverne gommeuse ou d'une dilatation bronchique.

Il existe donc une grande complexité dans les phénomènes stéthoscopiques produits par les pneumopathies syphilitiques.

C'est là un de leurs caractères. M. Mauriac ajoute cette autre particularité, qu'ils sont extrêmement variables suivant les cas, et que, sauf leur localisation fréquente dans la région moyenne des poumons, ils ne sont subordonnés à aucune règle générale. Toute la gamme des modifications morbides du bruit respiratoire, depuis la simple diminution du murmure vésiculaire, jusqu'au gros souffle caverneux presque amphorique, peut y être perçue par l'auscultation.

La déformation de la cage thoracique, si prononcée dans les pneumopathies tuberculeuses avancées, manque constamment ou presque toujours dans les pneumopathies syphilitiques.

M. Güntz (*Memorabilien*, Heft, 4, 1881), qui a fait d'intéressantes recherches sur la température locale dans la phtisie pulmonaire d'origine syphilitique, a trouvé qu'elle était la même que sur les autres parties du corps, tandis que, dans la phtisie ordinaire, elle est toujours plus élevée au niveau du foyer tuberculeux.

Si on rapproche les signes physiques des lésions anatomiques il sera facile de voir que les unes se rapportent à la sclérose et les autres à la gomme des poumons. Il ne faudrait pas croire cependant que la distinction soit toujours nette et précise dans la pratique. Pendant les premières phases, elle n'existe pas. Plus tard elle se dessine mieux, lorsque les syphilomes se ramollissent et se vident dans les bronches. Mais là encore, il pourrait se faire qu'on prît pour des cavernes gommeuses les dilatations bronchiques si fréquentes dans les cirrhoses pulmonaires.

Quoi qu'il en soit, voici les signes dont la prédominance et la permanence caractérisent plus particulièrement les deux grandes variétés de syphilose pulmonaire.

Sclérose. — Diminution notable de la sonorité, et même matité, ordinairement localisées vers la partie moyenne du poumon, quelquefois à sa base, avec augmentation des vibrations thoraciques.

Ces phénomènes plessimétriques sont d'ordinaire vaguement délimités. Respiration rude et râpeuse, s'élevant jusqu'au souffle bronchique diffus, avec expiration prolongée. Ces derniers phénomènes sont très accentués lorsque la cirrhose s'accompagne du rétrécissement des canaux aériens. Rhonchus de catarrhe bronchique disséminés dans la sphère de l'induration pulmonaire et allant au delà. Lorsqu'il existe de la dilatation des bronches, souffle intense plus circonscrit, bronchophonie et foyers de gros râles.

Gomme. — Phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques très circonscrits, démontrant d'une façon fort nette l'existence d'une caverne plus ou moins rapprochée de la paroi thoracique, et siégeant presque toujours, en avant ou en arrière, vers la région moyenne du poumon, surtout du poumon droit, ou dans les lobes inférieurs.

Ce ne sont pas seulement les signes physiques qui diffèrent dans les deux variétés de la syphilose pulmonaire.

L'expectoration n'est pas la même. Ainsi, dans la sclérose, les crachats sont muqueux, muco-purulents ou purulents ; mais on n'y découvre en général aucune particularité caractéristique. Il n'en est pas toujours ainsi lorsque la pneumosyphilose est constituée par des tumeurs ou des infiltrations gommeuses. On voit, en effet, quelquefois l'expectoration se modifier singulièrement à l'époque où la néoplasie

se ramollit et est évacuée par les bronches. Les crachats deviennent tout à coup plus abondants, plus épais, plus chargés de matières organiques solides. Dans quelques cas, ils contiennent des masses solides plus ou moins volumineuses qui ne ressemblent point à du mucus concrété, mais plutôt à des fragments du parenchyme pulmonaire détachés par le processus nécrobiotique.

Cette idée que leur aspect suggère est confirmée par l'examen microscopique. On a trouvé que ces fragments, dont le volume atteint parfois celui d'un gros grain de raisin, étaient constitués par des fibres élastiques, par du tissu conjonctif de formation récente et par des alvéoles pulmonaires déformées et remplies de débris épithéliaux en dégénérescence granuleuse, etc.

N'est-ce pas la preuve certaine qu'il existe une ulcération du poulmon ? Et quand on n'y découvre ni le bacille de la tuberculose, ni les cellules du cancer, à quelle affection autre que la syphilose gommeuse pourrait-on la rapporter ?

En pareil cas, l'expectoration exhale souvent une mauvaise odeur qui va jusqu'à la fétidité gangréneuse.

Le fait n'est pas commun, mais il importe de le noter parce qu'il a été mentionné dans quelques observations. Il est même surprenant qu'il soit si rare, car un grand nombre des conditions qui le produisent se trouvent réunies : nécrobiose du parenchyme et contact de l'air avec les produits de la régression

pulmonaire, stagnation des crachats dans les bronches dilatées ou dans les cavités gommeuses, etc.

Cette stagnation est bien réelle et elle se traduit quelquefois sous forme de vomique. Les mucosités purulentes, le pus, après s'être accumulés plus ou moins longtemps dans les cavités qui les sécrètent, sont évacués tout d'un coup en masse, par des efforts d'expectoration : il en résulte ordinairement un sentiment de bien-être et une diminution de la dyspnée. Ces crises se reproduisent à des intervalles plus ou moins considérables. (Mauriac).

Elles ont lieu aussi quand l'expectoration est principalement composée de fragments pulmonaires ou nécrobiotiques.

Etat général. — Pour l'apprécier avec justesse, il faut tenir compte avant tout de la période des pneumosyphiloses et de leurs coïncidences spécifiques. S'ils s'étaient toujours placés à ce point de vue, les auteurs n'auraient pas émis sur ce sujet des opinions aussi divergentes (Mauriac).

Quelques-uns tracent de la syphilose pulmonaire un tableau qui la rapproche tellement de la phtisie tuberculeuse vulgaire, qu'il est impossible de les distinguer l'une de l'autre par les traits généraux de leur physionomie. D'autres, et c'est le plus grand nombre, insistent au contraire sur l'intégrité presque absolue de la santé, alors même que les altérations pulmonaires sont très avancées. Bien qu'il y ait du vrai dans cette dernière manière de voir, elle

est loin d'être justifiée par tous les faits, ils s'en faut de beaucoup.

Évidemment au début, les altérations restent latentes pendant une phase plus ou moins longue du processus, si elles sont bien limitées, de petit volume, et surtout si, n'irradiant autour d'elles ni hyperhémie, ni inflammation, ni hyperplasie diffuse, elles n'éveillent point la susceptibilité du tissu sain au milieu duquel elles se sont développées. Mais cet heureux *statu quo* ne peut pas durer indéfiniment. La tolérance des poumons a des limites, et l'équilibre précaire entre la santé et la maladie arrive tôt ou tard à être rompu au profit de cette dernière. L'événement se produit, en général, à l'époque où le ramollissement s'empare des gommages; et, lorsqu'il n'y a pas de gommages, mais seulement de la sclérose, ce sont les fusées de pneumonie catarrhale, l'extension du processus à la plèvre, les lésions des bronches, etc., qui produisent la cachexie. Il est incontestable, en effet, que la consommation peut procéder à la longue, des seules lésions spécifiques du parenchyme pulmonaire. Par les symptômes généraux aussi bien que par les phénomènes locaux, les déterminations de la syphilis sur le poumon arrivent donc à produire un ensemble morbide qui mérite d'être nommé phtisie syphilitique (Mauriac).

Mais il est vrai de dire aussi que les pneumo-syphiloses ne jouent pas toujours le rôle prépondérant dans la consommation progressive qui tôt ou tard les accompagne. D'autres facteurs interviennent dont

l'action cachectisante est plus profonde que la leur. De ce nombre sont la syphilose du foie, celle des reins, et les dégénérescences amyloïdes qui pullulent alors un peu partout, etc. Dans l'appréciation de l'état général, il faudra donc faire la part respective qui revient à la pneumopathie et aux déterminations de la syphilis sur d'autres viscères. Mais on se gardera bien de tomber dans l'exagération de ceux qui prétendent que la phtisie syphilitique n'existe pas au sens clinique du sens, et que la cachexie ultime, qu'on a ainsi qualifiée, procède beaucoup moins de la pneumo-syphilose, fût-elle ulcéreuse, que des autres viscéropathies concomitantes (Mauriac).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire présente de grandes difficultés. Le point essentiel, c'est de songer à la syphilis, quand on se trouve en présence d'une consommation pulmonaire dont les origines, les symptômes et le processus s'écartent un peu du type ordinaire de la phtisie commune. En effet, la tuberculose est, de toutes les affections du poumon, celle qu'il est le plus facile de confondre avec la syphilis tertiaire de cet organe. Maintes fois, on ne les a distinguées l'une de l'autre que par suite d'une circonstance fortuite, soit qu'il fût survenu sur d'autres points une lésion manifestement syphilitique, qui faisait songer à la possibilité d'une détermination de même nature sur le poumon, soit parce que le traitement spécifique guérissait merveilleusement les lésions pulmonaires, etc.

Dans aucune viscéropathie, il n'est aussi nécessaire que dans celle qui nous occupe de rechercher

les antécédents, de fixer la chronologie, de fouiller dans tous les sens le passé pathologique des malades, d'analyser scrupuleusement les signes physiques, de mesurer la portée des troubles fonctionnels et des symptômes généraux, de passer en revue tous les tissus et tous les organes, pour y découvrir les déterminations actuelles ou le vestige de celles qui ont précédé l'affection pulmonaire, etc. Les résultats de cette enquête sont d'une importance capitale au point de vue du diagnostic ; à eux seuls ils suffisent quelquefois pour l'établir. Ajoutons que dans les cas obscurs, le traitement peut lever tous les doutes (Mauriac). Cela posé, passons en revue les caractères différentiels des deux affections.

1^o Le siège de prédilection des tubercules, c'est le sommet du poumon ; celui du néoplasme syphilitique est la zone moyenne de l'organe, c'est-à-dire le lobe moyen droit, la partie inférieure du lobe supérieur, la partie supérieure du lobe inférieur. Il correspond sur la paroi thoracique en arrière à l'épine de l'omoplate, à la fosse sous-épineuse ; en avant à la troisième et à la quatrième côte. Il est plus fréquent à droite qu'à gauche, tandis que le contraire paraît exister pour le tubercule.

En présence des signes cavitaires ou d'une infiltration limitée du lobe moyen du poumon droit, dit M. Grandidier (*Berlin. Klin. Woch.*, 1875, p. 195), le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut.

Cette proposition, appuyée par M. Rollet et beaucoup d'autres, ne doit pas être prise dans un sens trop absolu. En parcourant notre tableau synoptique, dit M. Carlier, on remarquera aisément que la syphilis pulmonaire n'a pas pour le lobe moyen une prédilection telle que semblerait l'indiquer la proportion donnée par M. Grandidier. On verra de plus qu'elle affecte assez fréquemment le sommet et la base, de telle sorte qu'il ne nous paraît pas nettement démontré qu'une portion du poumon soit plus souvent touchée que l'autre par la syphilis. Il n'en reste pas moins acquis que le processus syphilitique, à l'inverse de ce qui se passe dans la tuberculose, n'a pas de prédilection pour le sommet. Ainsi on soupçonnera qu'une pneumopathie est syphilitique lorsqu'elle sera unilatérale, qu'elle n'occupera pas le sommet, mais le tiers moyen ou la base. Peu importe du reste qu'elle soit nettement circonscrite avec matité limitée, souffle caverneux, gargouillement, ou diffus avec submatité vague, souffle bronchique, rhonchus et râles crépitants.

2° Les antécédents héréditaires doivent être pris en grande considération. Sans doute les tubercules peuvent se développer chez des personnes qui ne présentaient aucune prédisposition pour la diathèse tuberculeuse; mais, dans la grande majorité des cas, chez les sept dixièmes, la pneumo-tuberculose est le résultat de l'hérédité;

3° Malgré les allures aiguës ou subaiguës que prend quelquefois le processus pneumo-syphiloma-

teux, la plupart du temps l'évolution des pneumopathies syphilitiques s'effectue avec beaucoup de lenteur et la durée dépasse considérablement celle de la tuberculose ;

4 Une différence d'une très grande valeur entre les deux pneumopathies, c'est celle que présentent leurs symptômes généraux. Dans la phthisie vraie dès leur début, il y a des troubles fonctionnels du côté de l'estomac et du foie, de l'amaigrissement, de la fièvre, des signes marqués d'une perturbation générale. Rien de pareil ne se produit habituellement dans les pneumo-syphiloses ; elles restent très longtemps latentes, et quand on les découvre, on est frappé du contraste qui existe entre la bonne tenue de la santé dans son ensemble et la gravité des lésions pulmonaires. Ce contraste est un élément précieux de diagnostic et doit éveiller et diriger l'attention vers la possibilité d'un processus pulmonaire autre que le processus tuberculeux.

5° La constatation d'antécédents syphilitiques bien positifs, et la certitude absolue que le malade a eu la syphilis, sont d'un grand poids dans les cas équivoques, que cette syphilis ait été maligne, forte, moyenne ou faible, peu importe. Les syphilis dites bénignes, celles qui le sont même au point de passer inaperçues, donnent peut-être lieu aussi fréquemment que les autres aux pneumopathies (Lancereaux) ? La coexistence d'accidents syphilitiques contemporains est encore plus importante gommes cutanées, exostoses, pharyngopathie, syphiloses viscérales, etc.

Deux surtout, par la fréquence de leur coïncidence avec le processus pneumosyphilomateux, doivent être prises en considération, la syphilose hépatique et la syphilose laryngo-trachéo-bronchique. La première l'emporte comme nombre, la seconde comme affinité fonctionnelle et anatomique. C'est sans doute cette solidarité entre toutes les parties constituantes de l'appareil respiratoire qui a conduit M. Schnitzler à accorder une si grande valeur, une valeur peut-être exagérée aux lésions syphilitiques concomitantes du larynx.

6° L'hyperthermie locale constante, qui d'après M. Güntz se développe au niveau des foyers tuberculeux, fait toujours défaut au niveau du foyer syphilomateux.

7° Les crachats des pneumosyphiloses ne contiennent pas le bacille de la tuberculose, le bacille de Koch.

Il faudra donc toujours s'assurer de la présence ou de l'absence de ce bacille en ayant recours aux procédés de coloration bien connus depuis Ehrlich. Quelquefois, dans l'expectoration pneumosyphilomateuse, il existe des fragments de poumon presque pathognomoniques (Lancereaux).

Ce sont des masses privées d'air, qui s'enfoncent dans l'eau et qui sont constituées par des alvéoles et entourées d'une néoplasie conjonctive, etc. La découverte du bacille de Koch dans les crachats n'implique pas d'une façon absolue la non existence de la pneumosyphilose, puisqu'elle se développe

quelquefois dans des poumons qui étaient antérieurement ou qui sont devenus tuberculeux.

8° Un critérium capital est fourni par les résultats du traitement. Quand on voit guérir, avec une rapidité merveilleuse, sous l'influence de la médication hydrargyrique et iodurée, des lésions pulmonaires, qu'on prenait pour tuberculeuses et qui semblaient irrémédiables, il est impossible de ne pas admettre qu'elles sont produites par la syphilis. Ce critérium toutefois n'est pas absolu, lui non plus, puisqu'il n'est point impossible que, derrière la pneumopathie syphilitique, il y ait une pneumopathie tuberculeuse, comme dans un cas relaté par M. Gouguenheim.

L'amélioration n'est alors que temporaire. M. le professeur Potain a donc eu raison de dire que le traitement spécifique ne doit être considéré comme une pierre de touche de la nature de la maladie, que dans certaines conditions particulières. Un syphilitique qui est en même temps tuberculeux peut, en effet, être amélioré par le traitement qui agit sur l'état général et amène souvent indirectement une amélioration de l'état local. Ce célèbre professeur a vu un cas où la tuberculose confirmée par la présence du bacille n'était pas douteuse, et fut considérablement amendée par les spécifiques.

Le diagnostic différentiel entre les pneumopathies syphilitiques et d'autres affections pulmonaires présente beaucoup moins d'intérêt que le précédent. Néanmoins il y a des cas où la prédominance de

certaines phénomènes peut laisser du doute dans l'esprit.

Ainsi l'expectoration exhale quelquefois une odeur fétide et gangréneuse et fait songer à la gangrène pulmonaire et aux dilatations bronchiques, d'autant plus que les signes physiques révèlent, en pareil cas, l'existence d'une ou de plusieurs cavités, etc. L'embaras est fort grand, attendu que, dans les pneumo-syphiloses scléreuses, il y a presque toujours de la dilatation bronchique, et que le contact de l'air sur les parois d'une caverne gommeuse, en communication avec les bronches, est bien fait pour donner, momentanément du moins, quelque fétidité aux produits de la nécrobiose. L'étude attentive des antécédents, la constatation de coexistences syphilitiques, l'influence du traitement spécifique sont les trois bases du diagnostic en semblable occurrence (Lancereaux-Mauriac).

C'est sur elles aussi qu'on s'appuiera pour distinguer, des abcès du poumon et des pleurésies circonscrites s'ouvrant dans les bronches, quelques pneumo-syphiloses dans lesquelles l'expectoration s'effectue brusquement. Cette expectoration est la même dans tous ces cas, c'est-à-dire sans très grande fétidité, franchement purulente et contenant des débris de tissu pulmonaire plus ou moins altérés, etc.

Enfin on pourrait à la rigueur confondre la pneumo-syphilose avec le cancer et les kystes du poumon. Dans le cancer pulmonaire primitif qui est très rare, l'expectoration est le plus souvent couleur gelée de

groseille. Il existe un engorgement des ganglions de la partie interne de la région sus-claviculaire (Grisolle, Jaccoud). Puis, du moment qu'il y a une matité plus ou moins étendue, du souffle tubaire par compression bronchique, les phénomènes généraux de la cachexie cancéreuse se développent et s'aggravent avec une très grande rapidité.

Les kystes hydatiques du poumon sont également fort rares. Leur siège de prédilection est le lobe inférieur du poumon droit, dans le voisinage du foie; ils y produisent une voussure globuleuse, limitée, au niveau de laquelle on peut sentir quelquefois le frémissement hydatique.

L'examen microscopique fait constater dans les crachats le signe pathognomonique de cette affection.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC.

On déduira facilement le pronostic de tout ce qui a été dit jusqu'ici. Les pneumosyphiloses étant très protéiformes donnent des impressions fort variables au point de vue du pronostic. Assurément la gravité des déterminations syphilitiques sur le poumon est toujours très grande, puisque la mort a lieu dans plus de la moitié des cas. Mais les lésions pneumosyphilomateuses sont-elles toujours responsables de la terminaison funeste ? Assurément non. Il faut donc dégager le pronostic des éventualités fâcheuses et souvent funestes qu'impliquent les coexistences spécifiques, entre autres celles de la syphilose hépatique et rénale, comme dans notre cas (Lanceaux).

! Les prodigieux résultats curatifs obtenus par le traitement spécifique, même dans les cas désespérés allègent aussi singulièrement le pronostic. Il varie du reste beaucoup, suivant les phases de la maladie et suivant ses formes (Mauriac, Fournier).

Aux phases ultimes, à celles de consommation et de cachexie qui ne dépendent pas exclusivement de la pneumopathie, il est très menaçant. Les pneumosyphiloses sclérosiques diffuses sont plus graves en général que les gommes bien circonscrites. On ne doit pas baser le pronostic sur le détail des lésions mais plutôt sur l'ensemble et principalement sur les coïncidences d'autres viscéropathies syphilitiques (Mauriac, Lancereaux, Fournier).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT.

Le traitement exige l'emploi simultané de l'iodure de potassium et du mercure. C'est sous ce mode mixte qu'il a donné les meilleurs résultats. On administrera l'iodure à des doses successivement croissantes, depuis 2 grammes jusqu'à 8, et on fera pratiquer quotidiennement une friction avec 5 grammes d'onguent mercuriel, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Le sirop de bi-iodure ioduré, suivant la formule de Gibert ou avec une proportion plus grande d'iodure, est aussi d'une grande utilité, comme dans toutes les affections tertiaires.

Enfin, on pourrait avoir recours aux injections de calomel d'après la méthode de Scarenzio. Le mercure dans certains cas est plus utile que l'iodure. A lui seul, il a guéri bien des malades, avant la découverte de l'iodure. Récemment, dans les observations de M. Sacharjin, il est mentionné que l'usage du mercure a été rapidement suivi de succès; l'io-

de potassium, par suite d'un usage continu depuis de longues années, était devenu absolument inutile.

Il va sans dire qu'on aura recours aussi aux autres médications, usitées dans les affections pulmonaires, si elles sont indiquées d'une façon précise, soit par la prédominance de certains symptômes, soit par des complications accidentelles, soit par l'état général.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

B... Lucien, âgé de 58 ans, journalier, entre le 2 juin 1894, dans le service de M. Lancereaux, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, lit n° 13.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 73 ans, d'hémorrhagie cérébrale. Mère, morte asthmatique à 54 ans. A deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche, étant jeune. A 25 ans, chancre induré de la verge, suivi bientôt de roséole, de chute de cheveux et de plaques muqueuses de la gorge. La mise en œuvre d'un traitement mercuriel et ioduré fait disparaître tous les phénomènes : depuis, il n'a jamais plus été fait de nouveau traitement. Pas de paludisme. Alcoolisme net (cauchemars, pituites matutinales, crampes dans les mollets la nuit) : avoue prendre 3 litres de vin par jour.

Depuis 10 ans, touse continuellement. Sur cette toux à évolution chronique vient se greffer des paroxysmes qui surviennent sans cause occasionnelle, sans exposition à un refroidissement. Le malade a fréquemment des vomiques et rend, à certains moments,

200 à 300 grammes de crachats purulents par vingt-quatre heures.

État actuel. — B... est un individu vigoureux, de haute taille, non amaigri. Les extrémités inférieures présentent un léger œdème, qui disparaît dès le lendemain, sous l'influence du régime lacté et du repos au lit. La toux est fréquente et l'expectoration est formée par une masse purulente, non fétide, assez abondante.

L'examen des poumons fait percevoir, outre la disparition ou la diminution des vibrations vocales dans presque toute l'étendue de la poitrine, un certain degré de submatité et l'existence de râles sonores, humides dans toute l'étendue du thorax. Par places, on perçoit de véritables gargouillements sans souffle, gargouillements qui se perçoivent mieux aux bases qu'aux sommets. Pas de douleurs thoraciques, pas de retrait du thorax. Le diagnostic porté est dilatation bronchique.

L'examen des différents organes ne semble pas infirmer cette supposition. Le cœur est gros, hypertrophié aux dépens du ventricule gauche : la pointe bat dans le sixième espace intercostal, sur la ligne du mamelon.

Le second ton aortique est exagéré. L'aorte est dilatée et l'on perçoit facilement les battements de cette artère au niveau de la fourchette sternale, la sous-clavière droite est surélevée et est le siège d'un frémissement systolique intense. Les artères radiales et temporales sont sinuées, serpentines, dures.

La tension artérielle est manifestement augmentée (20). Le malade urine 2 à 3 litres d'urines par 24 heures et est forcé de se lever deux et trois fois chaque nuit pour uriner. Mais de tous les troubles qu'il ressent, celui qui l'a obligé à venir à l'hôpital est une dyspnée continue qui devient considérable dès qu'il fait le moindre effort. Il a fréquemment des douleurs intercostales. Depuis des années, il crache abondamment. Son expectoration est franchement purulente, se produit sous forme de vomiques le matin.

L'examen du thorax montre une atténuation très considérable des vibrations thoraciques, un léger degré de submatité ; le murmure vésiculaire est diminué d'intensité dans toute l'étendue des poumons et remplacé par des gros râles ronflants, bulleux, cavernuleux par places, indiquant manifestement le conflit entre l'air et une masse liquide que cet air traverse (cavernules ou dilatation des bronches). Pas de souffle, pas de foyer de matité franche, pas de rétraction des espaces intercostaux : seule, la disparition totale de la sonorité de l'espace de Traube jointe à la rétraction partielle de la portion inférieure et antérieure du thorax gauche indiquent, d'une façon manifeste, l'existence d'une pleurésie partielle, sèche, ayant soudé le diaphragme aux côtes (symphyse pleuro-costale de M. le professeur Jaccoud). En présence de ces phénomènes, et tenant compte des antécédents bronchitiques, on porte le diagnostic de dilatation simple des bronches. La dyspnée si considérable s'expliquant par une cause, l'existence d'une néphrite interstitielle arrivée à la période d'insuffisance urinaire. Les urines sont en effet rares, fortement albumineuses (4 grammes par litre), contiennent des cylindres hyalins et épithéliaux. Léger œdème des membres inférieurs. La recherche de l'état normal ou anormal des autres organes ne révèle rien de particulier. Le foie, la rate, ne paraissent pas altérés, et on ne trouve, ni sur la peau, ni sur les muqueuses, au niveau des os et des articulations, au niveau des testicules, trace d'une lésion syphilitique ancienne ou récente.

Les ganglions inguinaux sont volumineux, indurés. Malgré l'administration d'un traitement destiné à combattre l'urémie (mise au lait, pilules diurétiques, scille, digitale et scammonée), le malade succomba le 22 juin 1894.

Autopsie. — Cavité crânienne. Les artères de la base de l'encéphale sont indurées, athéromateuses, parsemées de plaques grises ou jaunâtres, surtout nombreuses au niveau du tronc basi-

laire et de l'hexagone de Willis. La masse cérébrale est diminuée de volume et les ventricules contiennent un liquide céphalo-rachidien plus abondant qu'à l'état normal. La masse encéphalique ne renferme aucune plaque de ramollissement, aucun foyer d'hémorragie. La pie-mère qui recouvre la partie supérieure des circonvolutions fronto-pariétales est opaline, mais non adhérente au tissu nerveux sous-jacent.

Cavité thoracique. — Le bord antérieur des deux poumons est nettement emphysémateux, non adhérent à la face postérieure du sternum. Il n'est pas de même du reste du parenchyme pulmonaire qui est soudé à la face interne des côtes et confondu avec le diaphragme. La symphyse pleuro-costale diaphragmatique est fibreuse, très résistante et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'on arrive à extraire intacts les poumons de leur loge. On constate alors que cette pleurite membraneuse n'est pas généralisée ; elle est disposée en ilots, dans l'intervalle desquels le tissu pulmonaire fait saillie et a conservé sa souplesse normale. Pas de nodules gommeux, pas de dépression stellaire à la surface. La palpation des masses pulmonaires fait percevoir une sensation bizarre : il semble qu'elles sont traversées par des baguettes rigides entrecroisées en tous sens. Nulle part, on ne perçoit de grosse masse incluse dans ce parenchyme qui ne crépite que peu. Un morceau détaché et jeté dans l'eau surnage. Les lobes sont confondus, soudés par une pleurésie interlobaire de même aspect que la pleurite de la grande cavité costale.

La coupe du parenchyme pulmonaire met en évidence une lésion généralisée à tout l'arbre bronchique intra-pulmonaire. Toutes les bronches sont dilatées d'une façon uniforme, cylindriques. Il existe bien quelques irrégularités dans le calibre de ces cylindres, mais elles sont négligeables. La paroi de chaque bronche est transformée en un tissu grisâtre, fil raide, ferme, résistant, qui occupe non seulement toute l'étendue de la paroi, mais

s'avance un peu dans le parenchyme pulmonaire voisin. Les coupes transversales de ces ramifications bronchiques montrent que le tissu nouveau qui remplace la paroi normale n'a pas un aspect uniforme. Il contient disséminés dans son épaisseur de petites masses jaunâtres, arrondies, lenticulaires, dont le nombre est d'autant plus considérable qu'on se rapproche plus de la surface épithéliale : on n'en note aucune dans le tissu péribronchique sclérosé ; résistant. Ces gommes miliaires existent sur tous les tuyaux bronchiques de moyen calibre, tandis que la paroi semble uniquement fibreuse, sclérose sur les petites ramifications. Par place le couteau rencontre une résistance insurmontable, représentée par de petites pierres incluses dans la paroi bronchique. Ces petites pierres sont contenues dans des logettes formées aux dépens de la paroi bronchique. Il suffit de râcler le tissu avec le couteau pour les détacher : elles ont le volume d'un pois, d'une grosse tête d'épingle. Elles coexistent avec les nodules gommeux jaunâtres, mais sont plus rapprochées de la surface muqueuse. Ce sont là des gommes calcifiées contenues encore dans leur loge fibreuse. L'analyse a montré qu'elles étaient formées de carbonate et de phosphate de chaux. Toutes les bronches renferment un liquide séro-purulent non hémorragique. La face interne des bronches est par place irrégulière, déprimée en diverticules, ou ulcérée. On ne trouve plus en aucun point de muqueuse normale, lisse, régulière, rougeâtre. Le tissu inter-bronchique est résistant et parcouru par des tractus fibreux peu épais. Cette lésion bronchique, scléro gommeuse, domine manifestement la sclérose pulmonaire ; car nulle part, on ne note de bloc fibreux, résistant à la coupe, répondant à la description de la pneumonie interstitielle syphilitique. L'altération bronchique est bilatérale, domine sur la partie moyenne de l'appareil respiratoire, mais existe aussi dans la partie supérieure et inférieure des poumons. Elle semble commencer à l'entrée des grosses bronches dans le parenchyme pulmonaire. On

trouve en effet au niveau du hile qu'un gros manchon fibro-gommeux entoure la bronche qui est ici plutôt diminuée de calibre dans une étendue de un à deux centimètres. Au-delà de ce défilé commence immédiatement la dilatation généralisée des ramifications bronchiques. Les sommets pulmonaires ne renferment pas de tubercules. Le larynx, la trachée et la portion initiale des grosses bronches ne paraissent pas altérées. Il en est de même du pharynx et de la langue qui ne présentent pas d'altération syphilitique. Les ganglions du hile pulmonaire sont volumineux, non adhérents aux parties voisines ; aucun n'a subi l'infiltration calcaire.

Le péricarde ne contient que quelques cuillers à soupe de liquide citrin. Le cœur est volumineux, développé aux dépens du ventricule gauche ; pas de dilatation des cavités droites ; pas d'altération des appareils valvulaires. Légère induration des sigmoïdes aortiques. La paroi du ventricule gauche mesure deux centimètres dans sa partie moyenne, pas de foyer de sclérose. L'aorte est légèrement dilatée et présente quelques plaques calcaires à sa face interne. La portion abdominale est normale.

Cavité abdominale. — Le foie est petit (970 grammes), il est déformé et réalise le type du foie fiolé. Toute sa surface est parsemée de cicatrices stellaires, dont les sillons sont parfois si profonds qu'ils mettent au contact les deux faciès opposés du foie. Le lobe gauche est atrophié et n'est plus représenté que par une languette sclérose.

Le péritoine est épaissi au niveau du ligament supérieur. L'échancrure normale que présente le foie à l'attache de ce ligament est trois à quatre fois plus accusée que normalement, c'est une véritable encoche fibreuse. Dans l'intervalle des cicatrices, le parenchyme est légèrement granuleux, à granulations de volume inégal. La coupe montre que le tissu hépatique est traversé par de grandes bandes scléreuses, blanchâtres, fibreuses, irrégulières dans

leur parcours, envoyant des prolongements dans les lobules voisins. Dans ces bandes, sèches à la coupe, on voit des dépôts noirâtres, dus à l'oblitération des vaisseaux et à la transformation du sang contenu dans leur intérieur. Le parenchyme traité par l'eau iodo-iodurée montre qu'il existe une dégénérescence amyloïde de quelques vaisseaux. Les ganglions du hile hépatique sont volumineux, mais ne compriment ni la veine-porte, ni les voies biliaires.

Il en est de même des ganglions péri-pancréatiques et abdominaux pré-vertébraux qui sont tous apparents, développés, indurés. La rate est de volume normal (180 grammes), scléreuse, résistante à la coupe, atteinte de périsplénite.

Le pancréas est normal, il en est de même de tout le tube digestif, des capsules surrénales, des uretères, de la vessie, de la prostate. Les reins sont profondément altérés. Ils sont atrophiés, mais d'une façon inégale.

Le rein droit pèse (110 grammes), le rein gauche (125 grammes). Leur surface est irrégulière, présente des dépressions profondes. La capsule est adhérente, épaissie par places. Le parenchyme est sclérosé avec plaques fibreuses sous-corticales.

La substance corticale est diminuée d'épaisseur et réduite par places à quelques millimètres d'étendue. La substance pyramidale est normale : pas de dilatation des calices et du bassin. Dégénérescence amyloïde de quelques artérioles interlobulaires et des glomérules. Les artères de la voûte sus-pyramidale sont épaissies, dilatées. Pas de lésion des articulations.

L'examen histologique du parenchyme pulmonaire et de la paroi des bronches a montré un épaississement énorme du tissu conjonctif péri-lobulaire et péri-acineux. C'est un tissu adulte, formé de grosses travées, sans accumulation par places de cellules embryonnaires. La paroi des alvéoles est épaissie, mais leur calibre n'est pas oblitéré par des masses épithéliales ; on ne voit que quelques cellules desquamées dont le noyau se colore bien. La

pneumonie est donc ainsi très peu prononcée. La paroi des bronches par contre ne laisse plus reconnaître aucun élément normal, fibres musculaires, fibres élastiques, glandes, cartilages ont disparu pour faire place à un tissu fibreux qui contient des amas considérables de cellules embryonnaires, dont le noyau se colore difficilement. Parfois on rencontre un débris de cartilage épaissi, dont les cellules ont proliféré et dont le tissu interstitiel a perdu sa transparence normale. L'épithélium bronchique n'existe plus que par rares endroits; il a perdu ses cils vibratiles. La muqueuse est transformée en un tissu embryonnaire parcouru par des vaisseaux dont la paroi est épaissie. Le tissu scléreux bronchique s'étend à la périphérie et gagne les alvéoles qu'il étouffe et déforme.

En résumé, la syphilis a frappé primitivement l'appareil bronchique intra-pulmonaire, y est restée cantonnée, a détruit tout le système de résistance des tuyaux bronchiques, d'où la dilatation. A la syphilis, agent qui le premier a lésé la paroi de ces conduits membraneux, il faut y joindre les agents vulgaires de la suppuration pour expliquer cette dilatation uniforme qui rappelle en tous points, sauf la présence des gommes, qui stigmatise ici la nature de l'affection, la dilatation bronchique relevant des broncho-pneumonies vulgaires.

OBSERVATION II

Lanceraux. (*Gaz. hebdomadaire*, 1864, n° 5, p. 585).

Antécédents syphilitiques. Syphilis viscérale généralisée. Dilatation et rétrécissement de plusieurs ramifications bronchiques. Mort à la suite d'un érysipèle développé au pourtour d'une ulcération pharyngée.

R..., 45 ans, entre à la Pitié, le 17 décembre 1860, salle du Rosaire n° 22. Vient réclamer les soins pour une affection du pharynx. Meurt d'un érysipèle le 12 janvier.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité thoracique : des adhérences nombreuses unissant les poumons aux parois thoraciques ; le poumon gauche adhère en même temps au péricarde, et présente des dépressions plus ou moins profondes au niveau de quelques-unes de ces adhérences. On y remarque de petites tumeurs légèrement saillantes et de volume variable ; les unes, arrondies, ont les dimensions d'une petite cerise, tandis que les autres ont la forme d'un croissant et le volume d'un haricot. Les ramifications bronchiques qui aboutissent à cette portion du poumon sont dilatées, leur surface interne est rouge, injectée, leur paroi épaissie ; l'une d'elles est le siège d'un rétrécissement notable dans une étendue d'environ deux centimètres. Quelques-unes des bronches situées dans le voisinage paraissent également dilatées ; elles offrent à la surface interne de petites dépressions qui donnent lieu de croire à des cicatrices ; leurs parois semblent épaissies.

OBSERVATION III

H. Ramdohr. *Arch. der Heilkunde*, 1878.

B..., 60 ans.

Autopsie, 28 juillet 1873. Plusieurs cicatrices spécifiques du crâne : cicatrices de la base de la langue ; ulcération de la corde vocale gauche ; cicatrices et tumeurs gommeuses du foie ; rate lardacée, cicatrices des reins, et quelques-unes superficielles au sommet du lobe supérieur du poumon droit.

Poumon gauche : lobe supérieur un peu adhérent, plus petit qu'à l'état normal, bien perméable à l'air, traversé par des petits tractus pigmentés, indurés présentant des petits nodules blanchâtres. Le lobe inférieur est aussi perméable à l'air : masses solides, irrégulières, d'un blanc grisâtre, assez rapprochées les unes des autres, et qui se distinguent des tubercules par leur forme, leur aspect et leur distribution. Le parenchyme entre ses masses est comme oedématié infiltré.

Épanchement pleural des deux côtés.

Examen microscopique. — A côté des bronches dont la paroi est infiltrée de petites cellules et privée d'épithélium, on trouve quelques bronchectasies énormes avec un contenu caséeux. La paroi bronchique, épaissie, présente une infiltration cellulaire, ses couches internes sont atteintes de dégénérescence graisseuse, sa couche moyenne est constituée par du tissu fibreux, ses couches externes contiennent de petites cellules infiltrées. L'infiltration est moins souvent diffuse que disposée sous forme de petites nodosités irrégulières. Des infiltrations petites, et les plus petites

de toutes, ont leur siège autour des vaisseaux, autour des artères, plus rarement autour des veines. Parfois la lumière des vaisseaux est rétrécie, oblitérée même par compression. La plupart du temps, les parois ont subi une altération qui les rend méconnaissables. Les artères, d'un plus gros calibre, sont atteintes en partie d'une sclérose à peu près complète, et leur lumière n'a conservé qu'un petit diamètre.

La partie centrale des nodosités est une cellule géante (*Riesenzelle*), autour de celle-ci est une couche d'éléments granuleux, puis une zone fibreuse, enfin une autre zone infiltrée d'éléments fins.

OBSERVATION IV

Cette observation est publiée par H. Ramdhor. *Arch. de Heilkunde*, 1878.

R..., 28 ans, chancre en 1871, rupia syphilitique ; ostéite crânienne, affection pulmonaire datant de plusieurs mois ; accidents laryngés. Mort, juin 1875.

Cicatrices cutanées, cicatrices crâniennes, lésions spécifiques du voile du palais, des amygdales, du larynx, de la trachée, des bronches.

Poumon gauche légèrement adhérent à la paroi thoracique plèvre normal ; à travers elle, nodules grisâtres, tissu pulmonaire plus lourd qu'à l'état normal ; sur une coupe on trouve des nodules circonscrits miliaires ; masses gommeuses en plusieurs endroits, muqueuse bronchique injectée. Les bronches, en quelques points sont dilatées et entourées d'un tissu gris induré, surtout au niveau du lobe inférieur, à sa partie supérieure.

Poumon droit au sommet, cavité ; son lobe inférieur présente les mêmes altérations que celles du lobe inférieur du poumon gauche.

Poumon microscopique. — Dans les bronches, on remarque les altérations suivantes : ou bien, ce qui est plus rare, la paroi consiste en petits nodules miliaires avec des Riesenzellen (cellules géantes). Un tableau caractéristique est fourni par un bon nombre de petites bronches dont la lumière est encore libre et l'épithélium conservé. Il s'agit d'une infiltration de leur paroi en certains endroits par des petits cellules ; une semblable infiltration a pour résultat de rétrécir, aux points correspondants, l'ouverture des canaux bronchiques, de telle sorte que, sur une coupe bien réussie, on voit des rétrécissements alterner avec des dilatations.

On aperçoit les petites bronches comprimées par les produits d'infiltration et leur lumière, au milieu du tissu interstitiel, est représentée par une fente. Il y a aussi une prolifération abondante de l'épithélium bronchique, d'où résultent des amas de cellules épithéliales ou des cavités complètement entourées de ces mêmes cellules. Ces altérations sont plus apparentes au voisinage d'un vaisseau veineux dont la paroi s'est épaissie. Immédiatement en dehors de sa tunique adventice hypertrophiée, on trouve des cavités étoilées communiquant les unes avec les autres, tapissées d'une couche de cellules épithéliales plus hautes que larges. Celles-ci se continuent sous forme de traînées ou d'amas dans le tissu, composées de cellules fusiformes, qui séparent les cavités dont il vient d'être question.

On trouve aussi çà et là au voisinage des amas cellulaires épithéliaux, des agglomérations considérables et nettement circonscrites de cellules arrondies, quelques-unes des cavités ne contiennent que des cellules épithéliales atteintes de dégénérescence graisseuse et un petit nombre de concrétions assez volumineuses rondes et homogènes.

Parmi les vaisseaux, les petites artères seules sont altérées ; leur lumière est plus ou moins régulièrement rétrécie par des productions nouvelles ; toute leur paroi est épaissie et indurée.

Dans les veines la tunique adventice seule a augmenté d'épaisseur.

Le tissu interstitiel est infiltré d'une façon très régulière par de petites cellules, ou bien, ce qui est le cas le plus fréquent, il est très épaissi, l'infiltration ne siège qu'aux bords du poumon, d'où elle se prolonge dans le tissu inter-alvéolaire.

C'est principalement de la tunique adventice des vaisseaux que naissent les proliférations conjonctives pour pénétrer dans les tissus voisins.

C'est donc des bronches, des vaisseaux, mais aussi des points isolés du tissu inter-lobulaire que part l'inflammation des petites cellules qui ont fatalement une tendance à se transformer en tissu conjonctif.

OBSERVATION V

Syphilis de la capsule surrénale, du pancréas du foie et des poumons (*Fr. Chrosteck. Vien. med. Wochensch., 1877*).

J. G... 46 ans, bonne santé antérieurement. En 1854, chancre induré suivi, au bout de six à huit semaines, d'une éruption généralisée. En 1864, à la région frontale, tumeur qui guérit sans s'être préalablement ulcérée ; en même temps tuméfaction, puis ulcération au niveau du sternum. En 1870, éruption ; en 1875, ulcérations au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes droites. Œdème des extrémités inférieures, alopecie.

Actuellement, cicatrices nombreuses à la surface du corps, pâleur, extrémités œdématisées, estomac dilaté, diarrhée, toux, crachats, pas trop abondants, mais purulents.

Poumon. — Au sommet en arrière, un peu de matité, respiration indéterminée, nombreux râles sous-crépitants ; en avant submatité, respiration faible, râles humides en grand nombre. Le reste du poumon paraît normal.

Foie atrophié.

Mort 10 septembre 1875.

Autopsie (D^r Weichselbaum).

Le poumon gauche est adhérent à son sommet par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif très résistant et dans le reste de son étendue, par un tissu à filaments courts et faciles à déchirer. Les parties supérieures du lobe supérieur gauche présentent sur une coupe un tissu fibreux, épais, rayonnant en partie blanchâtre, en partie gris rougeâtre, qui se continue avec le tissu conjonctif induré, qui recouvre la surface pulmonaire. Dans cette portion du poumon, transformée ainsi en tissu fibreux, se trouve une cavité, dont les dimensions sont celles d'une noix. Cette cavité à parois épaisses est remplie d'un liquide jaunâtre, caséux, et communique avec deux bronches.

Quelques-unes des bronches sont dilatées.

Dans la partie supérieure du lobe inférieur gauche, le parenchyme est recouvert de cicatrices isolées, rayonnantes, et présente en outre de petites nodosités isolées et dures.

Le reste du poumon est gris rouge, congestionné.

Le lobe supérieur du poumon droit est subdivisé en plusieurs petits lobes par de nombreux sillons irréguliers. Le parenchyme est épaissi, peu aéré, riche en tractus conjonctifs, épais, blanchâtres, dans lesquels on trouve çà et là de petites nodosités. Le reste de ce poumon est normal.

Foie petit, lobulé et induré.

Altération particulière du pancréas, de la capsule surrénale droite et des reins.

OBSERVATION VI

Cirrhose du foie syphilitique. Syphilis viscérale généralisée, Lancereaux.
Gaz. des hôp., 10 déc. 1881.

G., âgé de 41 ans, grand, robuste, né de parents bien portants, avait eu toujours lui-même bonne santé, lorsqu'en 1866, il a contracté un chancre suivi d'une éruption généralisée, il fut traité pour cette affection à l'hôpital du Midi, où il fit un séjour de deux ou trois mois, il s'était bien porté depuis jusqu'au mois de mars dernier, époque où il était presque aphone ; la toux était alors suivie d'une expectoration abondante, teintée de sang mélangé au muco-pus. En même temps, il s'est mis à maigrir progressivement et à perdre ses forces.

Le 20 juillet, il entre à l'hôpital de la Pitié. Voici ce que montre l'examen : maigreur, atrophie des muscles, sécheresse de la peau. On constate l'existence d'une légère saillie osseuse au niveau de l'extrémité externe du sourcil droit. Le malade est aphone, il a de la dyspnée ; la respiration est gênée, bruyante, ce bruit laryngé de la respiration empêche d'apprécier à l'auscultation les modifications qu'a pu subir le bruit respiratoire, L'abdomen est légèrement météorisé, les veines abdominales sont un peu dilatées, il n'y a point d'ascite. Le malade est d'une très grande faiblesse générale, il a peu de sommeil.

Les jours suivants : la dilatation des veines sus-ombilicales s'accroît davantage, ainsi que le météorisme ; on constate un

très léger épanchement ascitique ; la palpation du foie fait reconnaître que son bord inférieur déborde les fausses côtes de deux à trois travers de doigt au-dessous du mamelon.

Le 4 août, il survint des épistaxis ; le météorisme augmente. La tumeur de la région externe de l'orbite que l'on avait constatée le premier jour, a augmenté de volume et s'est ramollie à son centre. Cette tumeur est, évidemment, une exostose syphilitique, et aux signes énumérés ci-dessus il devient de plus en plus évident que l'on avait affaire à une cirrhose hépatique également d'origine syphilitique.

Iodure de potassium, 1 gr. 50, 3 grammes, et frictions mercurielles plus tard.

14 septembre. — Expectoration moins abondante, que dans les premiers temps. Toujours peu de signes physiques à l'auscultation. La sonorité à la percussion est presque normale.

Du 27 au 30 septembre, sous l'influence probable de la médication, l'exostose, dont la partie ramollie a été résorbée, est considérablement diminuée de volume, le météorisme du ventre est moins marqué, ainsi que la dilatation des veines abdominales et l'œdème des jambes et des bourses. Il survint également une amélioration dans l'état de la trachée : la voix est revenue presque normale ; la toux est rare.

Du 12 au 26 octobre, nouvelles hémoptysies.

Du 16 au 26 novembre, délire tranquille, puis abattement, somnolence et mort dans le coma.

A l'autopsie, l'examen de l'habitus extérieur du cadavre fait découvrir sur le trajet du tibia gauche, une légère saillie osseuse, une exostose syphilitique avec épaissement du périoste.

La peau à ce niveau présente plusieurs petites cicatrices. Rien de spécial dans le tissu cellulaire et les muscles.

La voûte crânienne est épaissie aux dépens de la table externe ; cet épaissement est un peu prononcé au niveau de l'exostose

frontale constatée pendant la vie. La dure-mère, à peu près normale, se détache facilement du crâne, excepté au niveau de l'extrémité antérieure des deux lobes frontaux, où elle est adhérente et présente des nodosités saillantes, jaunâtres, disposées symétriquement. En détachant cette portion altérée de la dure-mère, on trouve au-dessous une altération de la substance cérébrale des lobes frontaux, qui présentent de petites nodosités symétriques du volume d'un petit pois d'une coloration jaunâtre. Dans le reste du cerveau, la substance nerveuse est partout un peu ramollie. Les vaisseaux cérébraux paraissent normaux. Le cervelet, la protubérance et le bulbe, sont sains.

Autopsie. — La bouche et le pharynx ne présentent rien de particulier. Le larynx est sain, également dans sa partie inférieure il est le siège d'un rétrécissement notable constitué par l'épaississement de la muqueuse et du tissu cellulo-fibreux sous-jacent.

La trachée présente quelques érosions de la muqueuse.

Les bronches offrent une altération curieuse : elles sont dilatées, indurées par places; cependant on n'y constate rien de caractéristique. Il n'y a pas de tubercules dans les poumons, mais on y trouve çà et là quelques petites lésions disséminées. Entre autres une induration au sommet droit, par la sclérose pulmonaire, au milieu de laquelle les bronches paraissent dilatées et obstruées par un mucus sanguinolent.

Je passe sur les altérations peu caractéristiques des ganglions bronchiques, du cœur, des intestins, de l'estomac, des reins, de la rate et des testicules. Le foie, du poids de 1 kilogr. 950, est adhérent au diaphragme par des brides fibreuses, multiples, parfaitement organisées. Son volume est légèrement augmenté. Sa surface, inégale, lobulée, présente des bosselures de divers volumes, comme autant d'îlots séparés les uns des autres par des parties déprimées en forme de sillons ou de gouttières, qui lui donnent l'aspect que présente le rein chez les jeunes veaux.

Des sections pratiquées au niveau de ces dépressions font voir des bandes fibreuses et de petits nodules jaunâtres, traces de gommes qui ont été résorbées et de nombreuses cicatrices étoilées.

Ce foie est tout semblable par l'irrégularité de sa forme comme par sa couleur et son aspect général, au foie syphilitique figuré dans la planche 1 du *Traité historique et pratique de la syphilis*, de M. Lancereaux.

OBSERVATION VII

Broncho-pneumonie avec dilatation des bronches. Balzer et Grandhomme. *Revue mens. des maladies de l'enfance*. Nov. 1886, p. 497.

Q... Marie, 22 ans. Accouchement au neuvième mois.

L'accident initial n'a pas été remarqué : les premières manifestations secondaires ont été observées en avril 1885. La malade a fait deux séjours à l'hôpital (traitement spécifique).

Actuellement pas de manifestations syphilitiques, accouchement à terme, le 23 avril 1886. Très grande abondance des eaux de l'amnios. L'enfant du sexe féminin, ne présente rien en apparence, si ce n'est un développement considérable de l'abdomen ; il est légèrement cyanosé ; pas de syphilides cutanées. Au moment de la naissance, il respire à peine ; on pratique la respiration artificielle qui ne donne pas de résultat : l'enfant fait toutes les deux ou trois minutes une longue respiration, sorte de hoquet, et meurt au bout d'un quart d'heure environ.

A l'autopsie, le foie, la rate et les reins sont sains en apparence. Le péritoine renferme une grande quantité de liquide légèrement brunâtre. Les poumons offrent des lésions importantes,

Le lobe supérieur du poumon gauche a cinq ou six fois son volume normal et recouvre complètement le lobe inférieur. Sa surface offre de grosses vésicules ou poches saillantes qui le font ressembler à un rein kystique. Malgré l'épaississement de la plèvre on distingue facilement les cloisons qui les séparent. La coupe montre de grandes cavités ampullaires contenant un liquide fluide et un peu trouble : quelques-unes de ces cavités ont les dimensions d'une petite noisette, et paraissent arriver jusqu'à la plèvre. D'autres sont beaucoup plus petites. Les cloisons qui les séparent sont ordinairement très minces. La surface de ces cavités est lisse.

Il reste des portions de poumon à peu près saines au sommet du lobe et dans sa partie médiastine.

Ces poches kystiques ne communiquent pas toutes entre elles et paraissent se vider difficilement. Au hile du poumon les bronches paraissent normales ; la grosse bronche gauche est notablement plus longue que la bronche droite, probablement à cause du poids du lobe kystique, c'est sans doute cet allongement qui amenait l'obstruction des bronches, car la lumière de celle que l'on peut inciser est libre.

La trachée est normale. Le lobe inférieur gauche et les lobes du poumon droit sont tassés comme chez un enfant qui n'a pas respiré, mais ils paraissent normaux. L'examen histologique du contenu des cavités kystiques a montré des épithéliums cylindriques à cils vibratiles en grand nombre ; des cellules plates, rondes ou globuleuses d'épithélium pulmonaire, libres ou adhérentes en plaquettes ; des leucocytes en petit nombre et des masses assez considérables de détritits granuleux.

Examen du lobe kystique. — Les coupes faites après durcissement dans l'alcool absolu et colorées au picro-carminate d'ammoniaque montrent que les lésions sont celles de la broncho-pneumonie chronique avec dilatation des bronches et sclérose progres-

sive du parenchyme pulmonaire. Les bronches à cartilages et même quelques bronches intra-lobulaires ont résisté au processus dans une certaine mesure.

Elles sont un peu dilatées, déformées quelquefois, mais toujours facilement reconnaissables. Les gros vaisseaux qui les accompagnent sont également dilatés et leur tunique adventice est considérablement épaissie. Du reste, tout le tissu conjonctif s'est beaucoup développé : dense et serré autour des vaisseaux et des bronches, il est beaucoup plus lâche à une certaine distance du hile. Partout, il contient un grand nombre de cellules embryonnaires rondes et fusiformes, plus abondantes en certains points, surtout à la périphérie des vaisseaux.

Les altérations s'accroissent lorsqu'on arrive aux bronches intra-lobulaires et au parenchyme pulmonaire. Les bronches intra-lobulaires ne sont pas toujours reconnaissables : il existe de vastes espaces vides, dont la périphérie est constituée par des alvéoles tassés : çà et là, on retrouve parfois des vestiges de la paroi bronchique avec l'épithélium caractéristique, qui indique que l'on a sous les yeux une bronche dilatée et en grande partie détruite. Ailleurs, il n'existe aucun vestige de la paroi ; c'est seulement le vaisseau satellite de la bronche qui fait reconnaître la place qu'elle occupait ; elle est remplacée par un vaste espace à bords anfractueux constitués par les alvéoles pulmonaires. Enfin, dans certains points, la bronche est seulement dilatée et déformée et l'on peut suivre ainsi les altérations progressives qui commencent par la dilatation et la déformation des bronches, aboutissent en dernier terme à la formation de ces ampoules dont les parois sont formées, partie par les débris des parois bronchiques et partie par les alvéoles péri-bronchiques.

S'il y a travail d'ulcération, il ne s'observe pas ici avec la même netteté que dans les dilatations bronchiques d'une autre origine. Nous sommes portés à admettre qu'il a dû se produire en quel-

ques points en raison de la constitution de la paroi des ampoules où l'on ne retrouve plus en beaucoup de points la paroi bronchique, mais seulement les cloisons des alvéoles tassées et refoulées.

Il n'est pas rare de trouver dans l'épaisseur de ces parois des bronchioles acineuses qui n'ont pas été atteintes par le processus.

Ce qui nous rend réservé au sujet du travail d'ulcération, c'est encore la grande quantité des épithéliums cylindriques à cils vibratiles constatés dans le liquide des cavités ampullaires. Le décollement des épithéliums empêche de reconnaître aussi facilement ce qui reste de la bronche dans la paroi de ces grandes cavités. Ici, en outre, le travail d'ulcération n'a pas les mêmes raisons de se produire que dans les autres broncho-pneumonies : le processus est surtout interstitiel, il atteint peu les surfaces épithéliales et se localise manifestement dans la trame conjonctivo-vasculaire, ainsi que cela paraît être la règle générale pour les broncho-pneumonies syphilitiques.

A un autre point de vue l'examen de ce lobe est encore intéressant en ce qu'il nous prouve une fois de plus que c'est bien à la destruction des éléments contractiles qu'est due la dilatation des bronches. L'accumulation des produits de sécrétion ne joue son rôle que lorsque la paroi a déjà perdu de sa force de résistance. L'examen des autres portions du poumon, en apparence saines, va nous montrer les phases du début de cette dilatation.

Malgré une apparence extérieure tout à fait normale, l'examen histologique a montré des lésions déjà fort avancées. Nous insisterons un peu sur leur description, car elles nous donnent de précieux renseignements sur la manière dont peut évoluer le processus broncho-pneumonique dans ces circonstances. Comme dans l'autre poumon, les bronches principales ont assez bien résisté au processus ; elles sont peu dilatées et déformées. Leur tunique adventice est seule épaissie et infiltrée de jeunes cellules : l'épithélium est parfaitement conservé. Au contraire, les bronches

intra-lobulaires sont dilatées : leurs contours sont anfractueux. Quelques-unes commencent même à prendre la disposition ampulliforme très accusée sur le lobe le plus malade. A leur périphérie, les alvéoles sont refoulées et comprimées. Cette dilatation porte souvent sur les bronches acineuses les plus fines.

Les parois des alvéoles ne sont pas en général très épaissies : leur revêtement épithélial est normal. Leurs cavités contiennent peu de cellules desquamées. En plusieurs points cependant, la sclérose s'étend aux parois alvéolaires qui montrent sur leur coupe de nombreuses jeunes cellules rondes et fusiformes. En résumé, on peut dire encore, ici, que le processus est surtout interstitiel, nous en voyons témoigner cette intégrité relative des revêtements épithéliaux des bronches et des alvéoles. Ce qui le confirme mieux encore, c'est l'intensité du processus inflammatoire dans les espaces conjonctifs du poumon. Nous avons déjà signalé l'épaississement scléreux de l'enveloppe externe de bronches : la même lésion s'observe à un plus haut degré encore dans la tunique adventice des artères qui présente une épaisseur considérable. Les gros vaisseaux n'offrent pas de tendance à l'oblitération et les lésions de l'endartère sont peu importantes : il n'en est pas de même pour les petits vaisseaux : plusieurs sont oblitérés ou en voie d'oblitération par le fait de l'endartérite.

Les lésions des artères contrastent avec l'état de veines ; celles-ci sont au contraire très dilatées, remplies de sang ; leurs parois sont très épaissies, le développement considérable du système veineux ne s'observe pas seulement au voisinage des bronches, mais aussi dans les espaces conjonctifs péri-lobulaires où ces dilatations des veines avec sclérose de leurs parois sont des plus remarquables : des hémorragies interstitielles se sont produites en plusieurs points, et sous la plèvre et dans les espaces conjonctifs intra-pulmonaires. La sclérose si considérable des espaces péri-lobulaires s'étend aussi dans l'intérieur du lobule sous forme

de minces cloisons conjonctives péri-acineuses et inter-alvéolaires.

En résumé, nous nous trouvons ici en présence d'une broncho-pneumonie chronique avec sclérose, déformation et commencement de dilatation des bronches. Peu accusées encore sur les bronches à cartilages, les altérations prédominent dans les bronches lobulaires et intra-lobulaires; elles diminuent de nouveau lorsqu'on arrive aux alvéoles qui participent beaucoup moins au processus. La sclérose prend un développement considérable dans tous les espaces conjonctifs péri-bronchiques et péri-lobulaires, autour des artères et des veines; tandis que les artères tendent à s'oblitérer, les veines se congestionnent et se dilatent d'une manière remarquable.

Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue dans la littérature de la syphilis du nouveau-né. Mais il faut convenir que les faits de bronchectasie diffuse et de bronchectasie télangiectasique signalés chez des fœtus et des nouveau-nés par M. Grawitz, ressemblent beaucoup à celui que nous avons observé. L'auteur ne parle que d'ectasies kystiques sans mentionner la syphilis comme cause de ces lésions qui peuvent, en effet, avoir une autre étiologie.

OBSERVATION VIII

Grawitz. *Arch. für path. Anat. med. Phys.* T. LXXXII. p. 217

Femme multipare, quatrième enfant. Aucun antécédent morbide, et en particulier pas de signes évidents de syphilis antérieure. Accouchement normal. Le fœtus fait quelques mouvements respiratoires, sans résultat.

L'aspect du cadavre offre certaines particularités. Sa couleur est livide, foncée, les lèvres sont violacées. Sur le visage, on remarque de nombreuses taches rouge-bleuâtre dont beaucoup sont confluentes. Une coupe à ce niveau montre qu'il y a une infiltration hémorragique. Œdème portant surtout sur la moitié droite du corps : le côté gauche est également atteint, mais à un moindre degré. Dans la péritoine, liquide brun-clair.

Le poumon gauche est entièrement atelectasié. Le volume est normal, les deux lobes sont réguliers, sa surface est humide, grenue, rouge, gris pâle. Plèvre vide.

Le poumon droit est normal dans ses deux lobes supérieurs vide d'air. Le lobe inférieur, au contraire, offre au moins le volume d'un œuf de poule ; il représente un sac multilobulaire flasque rempli d'un liquide clair et transparent. Une coupe faite dans la partie la plus élevée du sac montre près du hile un reste de tissu pulmonaire atelectasié, représentant une sorte de capuchon. La plèvre recouvre également ces deux parties ; à la périphérie de cette coupe, on remarque quelques petites bulles du volume d'un alvéole quelque peu dilaté, et qui servent de transition entre la partie saine et la partie kystique. La paroi est épaisse de un demi

centimètre, souple au toucher, et un peu rude, elle est constituée par du tissu pulmonaire atelectasié, au voisinage du poumon, au niveau du lobe inférieur, elle est mince comme une feuille de papier. Sa surface est gris-clair, lisse et humide. Du hile partent des lignes ramifiées dichotomiquement (qui paraissent des lymphatiques dilatés, lesquelles se rendent vers le fond du sac.)

Dans la cavité pleurale un peu de liquide libre, pas d'adhérences.

Au niveau de la portion amincie de la paroi, on excise un petit fragment, on insuffle avec un tube, sans que l'air s'échappe par les bronches ; la paroi est alors soulevée par une série de saillies molles qui forment des kystes, dont le volume varie d'un pois à une noisette. On peut suivre les grosses bronches jusqu'à la poche polykystique.

La pièce est mise à durcir dans l'acide chronique. Le liquide recueilli frais et examiné contient des détritux albuminoïdes finement grenus, des noyaux libres et de nombreuses cellules brillantes.

Le fragment excisé est recouvert d'épithélium cubique stratifié à cils vibratiles.

Diagnostic. — Ascite et anasarque. Hydrothorax étroit. Hémorragies de la peau. Hémorrhagie méningée. Bronchectasie kystique du lobe inférieur du poumon droit. Cyanose généralisée.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire ou acquise peut engendrer une broncho-pneumonie chronique suivie de dilatation des bronches. La localisation sclérogommeuse est systématisée bronchique : elle se développe, se cantonne sur l'appareil bronchique et l'altération n'atteint que secondairement le parenchyme. La bronchectasie peut avoir des proportions remarquables être généralisée.

2° De toutes les formes anatomiques de la syphilose pulmonaire décrites (gommes miliaires, gommes massives, cavernes, pneumonie interstitielle ou sclérogommeuse avec quelques dilatations bronchiques), la dilatation des bronches étendue ou généralisée est la plus rare. Elle reproduit dans le poumon la syphilis des voies aériennes extra-pulmonaires.

3° La dilatation des bronches est due à la destruction de tous les éléments résistants de la paroi (fibres musculaires et élastiques, cartilages). Les lésions sont surtout sous-épithéliales, différant

ainsi des désordres de la broncho-pneumonie vulgaire.

4° La présence de gommes dans le tissu scléreux qui remplace la paroi de la bronche (jointe aux autres viscéropathies syphilitiques) caractérise la lésion. Ces gommes peuvent subir l'infiltration calcaire.

5° La symptomatologie, l'évolution de la bronchiectasie syphilitique de l'adulte sont celles de la dilatation des bronches envisagée d'une façon générale. Le pronostic est plus grave, non à cause de la syphilose pulmonaire, mais à cause des autres lésions d'organes (foie, reins).

6° Le traitement ne peut prétendre, lorsque la maladie est confirmée, qu'à faire résorber les gommes et arrêter le processus morbide. Il ne peut rien contre la bronchiectasie, puisque les éléments fonctionnels de la paroi sont détruits.

Vu : le Président de la thèse

RAYMOND.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALZER et GRANDHOMME. — Revue mens. des maladies de l'Enfance, 1886, p. 485.
- CARLIER. — Syphilis pulmonaire. Th. Paris, 1882.
- CORNIL. — Bull. Soc. anat., 1861.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, t. II.
- DIEULAFOY. — Leçons sur la syphilis du poumon, recueillies par M. Vidal. Gaz. hebdomadaire, 1889.
- FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive.
- GAUCHER et DUBOUSQUET. — Syphilis tardive avec phthisie syphilitique. Rev. méd., 1884.
- HILLER. — Ueber Lungen syphilis und syphilitische phthisie Charité Annalen, IV Jahr., p. 184.
- HOMOLLE. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques. Syphilis.
- JACQUIN. — Thèse Paris, 1884.
- JULLIEN. — Syphilis pulmonaire. Union médicale, 20 avril 1893).
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1866. Gaz. hebdomadaire, 1864. Leçons de la Pitié, 1879-1891. Union médicale, 29 janvier et 12 mars 1891.
- LANDRIEU. — Pneumopathies syphilitiques. Th. Paris, 1872.
- MARFAN. — Traité de médecine Charcot-Bouchard, t. IV. p. 502. Gaz. hôpitaux, 1892, n° 4.
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire du poumon, 414-444-499-573-622-644. Gaz. des hôpitaux, 1888.

PANCRITIUS. — Syphilis du poumon. Monographie Berlin, 1881.

POTAIN. — Gaz. des hôpitaux, 1888, n° 137 et 142.

ROUBLEFF. — Syphilis du poumon et du larynx. Th. Paris, 1891.

SÉE et TALAMON. — Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon. Paris, 1885.

SOKOLOWSKY. — Ueber luetische Phtisis (Deutsch, med. Woch., 1883).

VIRES. — Syphilis pulmonaire. Gaz. des hôpitaux, n° 98. Août 1895.

